

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 5 • 2016



www.ssdv.se

SDKO:s riktlinjer för skivepitelcancer & basalcellscancer
SSDV:s intressegrupp för psoriasis • Svensk forskning om psoriasis
SveDEN 20 år • Solskydd i Australien • Eksemskola • Nya quiz



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

Chefredaktör:

Christian Steczko Nilsson
christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Redaktör:

John Paoli, john.paoli@vgregion.se

Ansvarig utgivare:

John Paoli, ordförande SSDV

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:

ÅkessonBerg, Emmaboda
www.akessonberg.se



Omslagsbild:

Dermatoskopibild av en skivepitelcancer.

Foto: John Paoli

Distribueras som post- och webbtidning:

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

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	2
Skivepitelcancer & basalcellscancer	4
SSDV:s intressegrupp för Psoriasis	15
Sektionen för Venereologi	16
Presentation av SveDEN	18
Psoriasisforskning	21
Psoriasispatienter åldersdiskrimineras	22
Solskydd i Australien	24
Ansök om DCH-stipendie för 2016.....	26
Eksemskola.....	28
Ansök om SSDV:s forskningsstipendium	29
Dermatoskopi Quiz 1.....	31
Ansök om SPIRA stipendium	31
Dermatoskopi Quiz 2.....	32
Notis från Mihály Matura.....	32
Dermatoskopi Quiz - lösning	33
SSDV:s Pedagogiska pris	33
Dermatologi Quiz - lösning.....	34
SSDV:s styrelse	35
Kalender 2016.....	36

Utgivningsplan 2016:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 5	25 januari	2 mars
Nr. 6	30 mars	10 maj
Nr. 7	29 augusti	5 oktober
Nr. 8	14 november	21 december

Välkomna till en ny årgång av Dermatologi & Venereologi!

Under helgen gick jag en stund på den årligt återkommande så kallade Hindermsässan, en marknad med gamla anor i Örebro. Från början järn- och enligt obekräftade källor pälshandel men i dag med den blandning av varor man vanligen möter på marknader av denna typ. Det slog mig att utbudet av varor av och för organet för vår huvudsakliga yrkesutövning ändå var tämligen stort. Ett brett sortiment av pälsmössor, skinntofflor, läderhandskar, sadelskydd, koskinn, färfällar, kalvskinnshandskar, läderjackor och även hela rävs�inn fanns till försäljning. Att det brukar vara riktigt kallt under dagarna för Hindermsässan är kanske den omständighet som skapat behov av ett eller flera *andra skinn* och som knalarna drar nytta av. Det fanns även varor riktade mot den andra delen av vår specialitet. I ett stånd erbjöds färggranna och mer eller mindre utmanande underkläder. Här var kundkretsen inte lika stor. Om även det kan relateras till kylan kan man ju fundera på. Jag fick lära mig att färgen orange tydligen "löser sexuella chakran". Om det bara gällde i detta sammanhang och på vilket sätt framgick inte. Men visst blir man lite nyfiken ändå. På väg hem påmindes jag om att jag en gång haft ett par älgskinnsvantar som försvunnit under oklara omständigheter. Jag bestämde mig för att köpa ett par nya. Tyvärr fanns de inte i orange.



Hemsidan

Uppdateringen av funktionen "Mina sidor" är i praktiken klar. Numer står tydligt namnet på den som är inloggad. Betalningsfunktionen online har kompletterats med Plusgiro. I det senare fallet får man ut en kod (avseende typ av medlem, eventuella sektioner och intressegrupper) som man anger i meddelanderutan via Plusgirot. Historiska betalningar kan man se via "Betalningar" under fliken "Medlemskap". Vi har dessutom åtgärdat den bugg som gjorde att man ibland tvingades logga in två gånger för att komma in. Logga gärna in och passa då

även på att uppdatera Era uppgifter med aktuell arbetsplats, adress, telefonnummer, etc.

Medlemsavgifter

Det är fortfarande några som släpar efter med medlemsavgiften för 2015 och en sista påminnelse har skickats ut. Efter detta kommer vi att kunna börja samla in medlemsavgifter för 2016. Ni kommer att få besked när det är dags. Då kommer vi åter att vara i fas med medlemsavgifterna efter den fördröjning som införandet av nya hemsidan och betalningsfunktionen tyvärr medförde.

Ur innehållet

Huvudartikel i detta nummer är SDKO:s reviderade riktlinjer för handläggning av skivepitelcancer och basaliom. Vi tackar dem för ett gediget arbete som kommer att vara oss alla till stor hjälp i omhändertagandet av denna växande patientgrupp. Sektionen för venereologi presenterar två engagerade kvinnliga kollegor, varav en dessutom nyligen tillträtt som ny professor i dermatologi och venereologi. Sist men inte minst intressant får vi facit och vinnare på quizen från förra numret och dessutom nya spännande fall att klura på fram till nästa nummer.

God läsning!

PS. Ni har alla en stående inbjudan att bidra med artiklar! Gå in på hemsidan, "Medlemstidningen D&V", om ni undrar över något angående textens utformning och bilder eller kontakta mig.



Christian Steczko Nilsson

Chefredaktör

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Nya rekord igen...

Om en sak är säker så är det att vi hudläkare inte kommer att bli arbetslösa de närmaste åren. Socialstyrelsen publicerade nyligen sin årliga rapport "Cancerincidens i Sverige 2014" och siffrorna för hudcancer var skrämmande. Det totala antalet nya fall av invasivt malignt melanom (MM) var 3 752 (1 840 hos kvinnor och 1 912 hos män), antalet nya fall av icke-melanom hudcancer (NMSC) exklusive basalcellscancer (BCC) var 6 803 (2 938 hos kvinnor och 3 865 hos män) och antalet nya PAD-verifierade BCC var 47 532. [1] För att sätta dessa siffror i perspektiv så kan man till exempel titta tillbaka 15 år i tiden på statistiken från 1999. Det året upptäcktes 1 598 nya fall av MM vilket är mindre än hälften så många som upptäcktes 2014. År 1999 upptäcktes "bara" 2 762 NMSC vilket är en ökning med nästan 150% på dessa 15 år. [2] För BCC kan vi bara backa 11 år i statistiken men år 2004 hittades 31 770 BCC vilket motsvarar en 50%-ig ökning. [3]

Årligt sagt så är det svårt att greppa dessa siffror. Idag utgör MM och NMSC hela 17% av alla cancerfall i Sverige. Det är mer än var 6:e cancerfall. Som jämförelse låg denna siffra endast på 9,7% 15 år tidigare. Hudcancer är utan tvekan den cancerform som ökar mest i landet. Den årliga procentuella ökningen av antalet MM under det senaste decenniet var 5,3% för kvinnor och 5% för män. Motsvarande siffror för NMSC var 6,2% för kvinnor och 5% för män. Som ni säkert vet har NMSC etablerat sig under de senaste åren som den näst vanligaste cancerformen efter bröst- respektive prostatacancer hos kvinnor respektive män. För närvarande är MM den 5:e vanligaste cancerformen hos kvinnor och den 6:e vanligaste hos män men om antalet MM ökar i den takt de gör nu så kommer MM snart bli ny 3:a på tio-i-topplistan.

Utöver alla nya fall av invasiv hudcancer får

vi inte glömma dess förstadier. År 2014 var tyvärr även ett rekordår för antalet nydiagnostiserade MM in situ och SCC in situ. Totalt blev det 3 212 MM in situ (1 573 hos kvinnor och 1 639 hos män) och 9 033 SCC in situ (4 891 hos kvinnor och 4 142 hos män). Återigen för att få en känsla på vad dessa överkliga siffror innebär så vänder vi oss till 1999. Det året upptäcktes 520 MM in situ (hela 6 gånger färre än 2014!) och 3 816 SCC in situ (mindre än hälften så många som 2014). [1-2]

Kostnader och resor till solen ökar

Ifjol publicerades även Strålsäkerhetsmyndighetens vetenskapliga råd om ultraviolett strålning sin årliga rapport. Där kan man bland annat läsa ytterligare dystra siffror när det gäller samhällskostnaderna för hudcancer och om hur många fler resor till soliga länder som svenskarna ger sig iväg på varje år. [4]

År 2011 var totalkostnaden för hudcancer i Sverige cirka 1,69 miljarder kr. [5] Dessa siffror kunde jämföras med statistik från 2005 och man såg då en ökning av samhällskostnaderna för hudcancer med 27% (14% efter justering för inflation). [6] År 2011 svarade öppenvården för nästan 50% av totalkostnaden och dödsfallen uppskattades ha kostat 630 miljoner kr. Bernt Lindelöf (Hudkliniken, Karolinska universitetssjukhuset) och Johan Hansson (Radiumhemmet) konstaterar dock i rapporten att totalkostnaden idag sannolikt är ännu högre eftersom alla nya dyra läkemedel för behandling av spridd melanomsjukdom började införas i 2011. [4]

När det gäller svenskarnas längtan efter solen så verkar den vara starkare än någonsin. Berit Berne (Hudkliniken, Akademiska sjukhuset) berättar i rapporten att det svenska folkets resande år 2013 ökade med 8% jämfört med 2012. Det populäraste landet är förstås ett soligt sådant: Spanien. Antalet resor till Spanien

har nästan fördubblats under perioden 2011–2013 och svenskarna gör över 2 miljoner resor dit varje år. År 2013 åkte också över 350 000 svenskar till Thailand för att söka den "perfekta solbrännan". [4]

Trots att vi blir duktigare på sekundär prevention med hjälp av ökade kunskaper inom dermatoskopi och att de allra flesta av oss är mycket aktiva inom den primära preventionen (genom Euromelanoma-kampanjen till exempel) så måste vi nog göra ännu mer för att vända dessa trender. Och även om vi själva inte riskerar att bli arbetslösa de närmaste åren så tycker jag åtminstone att vårt mål skall vara att onkologerna som har hand om melanompatienter tvingas syssla med något annat inom en snar framtid.



John Paoli
Ordförande SSDV
john.paoli@vregion.se

Referenser

1. Socialstyrelsen. Cancerincidens i Sverige 2014 – Nya diagnosticerade cancerfall år 2014. (2015) URL: www.socialstyrelsen.se.
2. Socialstyrelsen. Cancer incidence in Sweden 1999. (2001) URL: www.socialstyrelsen.se.
3. Socialstyrelsen. Basal Cell Carcinoma in Sweden 2004–2008. (2009) URL: www.socialstyrelsen.se.
4. Strålsäkerhetsmyndighetens vetenskapliga råd om ultraviolett strålning. Rapport från SSM:s vetenskapliga råd om ultraviolett strålning 2015. (2015). URL: www.stralsakerhetsmyndigheten.se.
5. Eriksson T, Tinghög G. Societal cost of skin cancer in Sweden in 2011. *Acta Derm Venereol.* 2015; 95: 347–8.
6. Tinghög G, Carlsson P, Synnerstad I, Rosdahl I. Societal cost of skin cancer in Sweden in 2005. *Acta dermato-venereologica.* 2008; 88: 467–73.



www.fotolia.se

Annons

SDKO:s riktlinjer för handläggning av

Skivepitelcancer & Basalcellscancer

- Reviderad version 2016 -

SKIVEPITELCANCER I HUDEN

I detta avsnitt beskrivs huvudsakligen skivepitelcancer (SCC=squamous cell carcinoma) som uppstår i solbelyst hud. Fakta och riktlinjer som presenteras bör inte appliceras på liknande tumörer lokaliserade anogenitalt, på eller i anslutning till mamill, i slemhinnor eller på SCC som uppstår i kroniska sår, inflammerad hud, brännskador, o.s.v.

EPIDEMIOLOGI

SCC i solbelyst hud är en av de snabbast ökande cancerformerna i Sverige och utgör 11% av alla infiltrativa cancerformer (basalcellscancer exkluderat) hos män och 9% av all cancer hos kvinnor. Den årliga incidensökningen de senaste 10 åren är 5% för män och 6,5% för kvinnor. SCC är efter basalcellscancer (BCC) den vanligaste maligna hudtumören. År 2013 diagnostiserades över 5 000 nya fall av invasiv SCC och nästan 8 000 fall av skivepitelcancer *in situ* (SCCIS) i Sverige. Incidensen är 76,2/100 000 personår för män och 56,9/100 000 personår för kvinnor.² Den högsta incidensen ses hos personer över 60 år i kroniskt solexponerad hud i huvud-halsområdet. SCC på skalp och öron är mycket vanligare hos män medan kvinnor har något fler tumörer än män på underben³.

ETIOLOGI & RISKGRUPPER

Hög kumulativ dos av ultraviolett ljus är sannolikt den viktigaste riskfaktorn för SCC. Detta visar sig i att 75–85% är lokaliserade till solexponerade ytor såsom huvud-halsregionen och handryggar. Ljushyade individer med solkänslig hud löper störst risk att utveckla SCC^{4,6}. En klart förhöjd risk har också immunsupprimerade patienter⁷⁻¹², till exempel har njurtransplanterade individer upp till 100 gånger ökad risk¹³. Andra orsaker till SCC i huden är strålbehandling, kroniskt inflammerad hud, kroniska sår eller fistelmynningar, brännskador samt arsenik¹⁴⁻²². Genetiska sjukdomen Xeroderma pigmentosum ökar tydligt risken

att utveckla SCC²³. Genital SCC har en stark koppling till infektioner med humant papillomvirus (HPV) och vissa fall är associerade med lichen sclerosus²⁴⁻³¹.

DEFINITION

Primär SCC i huden är en malign tumör som uppstår från de keratiniserande cellerna i epidermis eller hudadnexa. Den växer lokalt invasivt och har potential att sprida sig till regionala lymfkörtlar samt till andra organ i kroppen. Kliniskt uppträder SCC ofta som en infiltrerad, exofytisk tumör, inte sällan med en central ulceration och/eller krusta. Diagnosen och differentieringsgraden (högt, medelhögt eller lågt differentierad) ställs histopatologiskt⁴. En högt differentierad variant av SCC är keratoacanthom som histopatologiskt kan vara svår att skilja från annan högt differentierad SCC. Keratoacanthom har kliniskt en mycket snabbare tillväxt³² och kan beskrivas som en exofytisk, vulkanlik tumör med central hornplugg. Keratoacanthom kan gå i spontan regression efter flera månader men bör handläggas som SCC då de inte går att skilja från en högt differentierad SCC^{33,34}.

FÖRSTADIER TILL SCC

Aktinisk keratos

Aktiniska keratoser (AK) är vanligt förekommande med en prevalens på upp till 38% i ljushyade, äldre populationer (≥50 år) boende i tempererade klimat^{35,36}. Kliniskt är AK enstaka eller multipla, rodnade, fjällande, ibland kliande, maculae som uppstår på kroniskt solexponerad hud. Histopatologiskt ses intraepidermala proliferationer av atypiska keratinocyter med dysplasi av varierande grad och AK anses därför vara mycket tidiga förstadier till SCC. Man estimerar att ca 0.1% av AK progredierar till invasiv SCC per år^{37,38}. För patienter med mer solskadad hud, utbredda AK, tidigare SCC och/eller immunsuppression är risken att utveckla SCC större^{38,39}. AK som inte progredierar till SCC kan kvarstå eller gå i spontan regress. Av de som går i regress (15–63%) är recidiv vanligt inom 1 år (15–53%)³⁸.

Field cancerization

Begreppet 'field cancerization' användes första gången 1953 för att beskriva atypisk histologi i vävnaden kring oral SCC⁴⁰. Inom dermatologi används begreppet för att beskriva utbredda hudpartier med solskadad hud, förekomst av spridda förstadier till SCC och/eller invasiv SCC⁴¹⁻⁴⁴. Denna kliniska bild ses ofta hos kraftigt solskadade äldre patienter och hos kroniskt immunsupprimerade, oftast organtransplanterade patienter. Vanliga lokaler är skalp (hos tunnhåriga män), ansikte, bröst, övre ryggtavla, underarmar, handryggar och underben.

SCC *in situ*

SCCIS eller Morbus Bowen är en intraepidermal SCC. Kliniskt uppstår det en eller flera långsamt växande, röda, fjällande, maculae eller plaque med oregelbunden men väldefinierad kant. Histopatologiskt motsvarar SCCIS en skivepiteldysplasi som sträcker sig genom hela epidermis.

PROGNOS

Risken för lokala recidiv är beroende av behandlingsmetod. Metastasering av SCC i solbelyst hud (exklusive tumörer på öra eller läpp) uppskattas till 2–5%, och sker vanligen till regionala lymfkörtlar⁴⁵⁻⁴⁷. SCC på öron, tinningar och skalp kan även metastasera till parotiskörteln⁴⁷. Metastaseringsfrekvensen är beroende av tumörens lokal, storlek, tillväxthastighet, histologisk differentiering, etiologi och grad av immunsuppression. Tumörer större än 2 cm i diameter, lågt differentierade tumörer samt tumörer med växt ned i fettväv och underliggande strukturer har större metastaseringspotential. Snabbväxande (exklusive keratoacanthom) samt lokalt recidiverande



Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi

tumörer har ökad metastasrisk. SCC på läpp och öra leder till metastaser oftare än tumörer i övrig solbelyst hud. Mukokutana tumörer har ännu större risk, liksom tumörer utgående från kroniskt inflammerad, kroniskt ulcererad eller tidigare strålbehandlad hud. SCC hos immunosupprimerade patienter har oftast ett aggressivare förlopp och utgör en större andel av patienter med metastaserande sjukdom^{4, 46, 48-55}.

HÖGRISKFAKTORER FÖR INVASIV SCC

I Tabell 1 listas faktorer hos individ respektive tumör som innebär ökad risk för att en invasiv SCC i huden skall recidivera, metastasera och/eller att nya tumörer skall uppstå^{49, 55-59}.

Tabell 1. Högriskfaktorer för invasiv skivepitelcancer.

Klinisk information
<ul style="list-style-type: none"> • Tumörstorlek (diameter) >2 cm (= T2) • Tumörlokalisering öra / läpp / genitalt • Tumör inom tidigare strålbehandlat område • Tumör i anslutning till kroniskt sår eller fistel • Tumör i ärr, framför allt efter brännskada • Tumörrecidiv • Tumör hos immunosupprimerad patient
Histopatologisk information
<ul style="list-style-type: none"> • Bristande radikalitet • Låg differentieringsgrad • Tumörväxt perineuralt • Tumörväxt intravasalt • Tumörväxt i subkutan fettväv och / eller • andra underliggande strukturer • Tumörtjocklek >2 mm

REMITTERINGSVÄGAR

Många patienter kommer primärt att få sin SCC-diagnos i primärvården där excision/biopsi kan utföras. Om patient eller tumör har en eller flera faktorer som återfinns i rutan om "högriskfaktorer för invasiv SCC" (se ovan) bör remittering ske till hudklinik.

För att patienten vid remissbedömning ska tas om hand på bästa sätt, bör remissen innehålla uppgifter om:

- Tumörens diameter.
- Tumörens exakta lokalisering (om möjligt bifogas fotodokumentation).
- Eventuell misstanke om regional metastasering.

- Eventuell immunosuppression.
- Kopia på eventuella PAD-svar.
- Duration och tillväxthastighet.
- Eventuell blodförtunnande medicinering.
- Eventuella tidigare hudtumörer.

Hudläkaren utför, om indikation föreligger, en utvidgad excision. Vid behov tar hudläkaren kontakt med plastikkirurg eller ÖNH-läkare. Palpation av regionala lymfkörtlar skall alltid utföras⁵⁸. Det rekommenderas att även palpera övriga lymfkörtelstationer. Hela hudkostymen skall inspekteras då det är vanligt att dessa patienter har ytterligare hudtumörer, eller förstadier därtill, som kräver åtgärd.

Det finns idag inga kontrollerade studier som visar att sentinel node biopsi kan förbättra bestämning av prognos eller förlänga överlevnaden vid SCC men kan eventuellt komma till användning vid vissa högrisktumörer i framtiden^{60, 61}. Man kan dock remittera patienter med högrisktumör eller med misstänkt metastas för ultraljudsundersökning av regional lymfkörtelstation med eventuell fin nålspunktion. I vissa fall krävs röntgenologisk utredning med MR eller DT för att utesluta regional metastasering. Vid tecken till regional metastasering, residualtumör eller lokalt recidiv inom huvud-halsregionen remitterar hudspecialisten till ÖNH-läkare för diskussion vid multidisciplinär ÖNH/onkolog-konferens för ställningstagande till vidare handläggning. Vid tecken till regional metastasering utanför ÖNH-området tar hudläkare kontakt med allmänkirurg för vidare handläggning.

BEHANDLING AV PRIMÄR SJUKDOM

Vid lesioner med oklar klinisk diagnos och som inte med lätthet kan excideras rekommenderas stansbiopsi för histopatologisk bedömning för att kunna välja korrekt behandlingsmetod.

Aktiniska keratoser

Syftet med behandling av AK är, utöver symptomreduktion, att minska risken för utveckling av SCC utgående från AK. Än så länge finns dock inga behandlingsstudier som visar sig bevisa eller motsäger att denna sistnämnda effekt uppnås. I dagsläget rekommenderas ändå behandling av AK⁶², särskilt hos patienter med hög risk att utveckla SCC (till exempel tidigare SCC, utbredda AK/field cancerization, immunosuppression samt högrisklokal på öra eller läpp).

Behandlingsalternativen vid AK är många och val av metod beror på läkarens erfarenhet, antalet lesioner, deras lokalisering, utbredning och tjocklek, patientens ålder samt metodens tillgänglighet och kostnad. Exempelvis bör man ta hänsyn till det kosmetiska resultatet när lesionen sitter i ansiktet eller dekolletaget och till läkningsförmågan om lesionen är be-

lägen på ett underben. Hyperkeratoser skall avlägsnas före behandling för att uppnå optimalt resultat. Oavsett val av behandling är det vanligt med kvarstående, recidiverande eller nyttillkomna AK³⁷.

För patienter med **enstaka aktiniska keratoser** lämpar sig kryoterapi med flytande kväve⁶³⁻⁶⁵ vid behov kombinerat med föregående curettage av hyperkeratos^{66, 67}. Det finns även ett läkemedel för utvärtes bruk som patienten kan använda i hemmet som innehåller lösning 5-fluorouracil (5-FU) 0,5% i kombination med salicylsyra (Actikerall[®])⁶⁸.

För patienter med **multipla aktiniska keratoser** eller field cancerization är fotodynamisk terapi (PDT) en välbeprövad klinikbehandling^{67, 69-72}. Två godkända läkemedel för konventionell PDT med rött ljus finns på marknaden: aminolevulinsyra (Ameluz[®]) och metylaminolevulinat (Metvix[®]). Dagsljus-PDT med metylaminolevulinat är effektivt vid AK av mild till måttlig grad och orsakar mindre smärta än konventionell PDT med lampa^{73, 74}. Flera andra välstuderade fältbehandlingar för utvärtes bruk, vilka patienten själv utför i hemmet, finns nu tillgängliga. Imiquimod kräm finns i två styrkor: 5% (Aldara[®])⁷⁵⁻⁷⁷ och 3,75% (Zyclara[®])^{78, 79}. 5-FU kräm 5% (Efidix[®]) är f.n. licenspreparat i Sverige^{63, 66, 80, 81}. Ingenolmebutat (Picato[®]) är en växtbaserad gel med kort behandlingstid som främsta fördel^{82, 83}. Diklofenak kräm (Solaraze[®]) är måttligt effektiv och har en längre behandlingstid på 3 månader^{84, 85}.

Ett andrahandsval vid AK är curettage och elektrodesiccation (C&E), en ytlig destruktiv behandling som dock kan ge mer ärrbildning^{64, 66, 86}. Andra alternativ är ablativ laserbehandling (med CO₂- eller Erbium-YAG laser), kemisk peeling och dermabrasion men det saknas evidens för att kunna rekommendera dessa metoder^{63, 64}.

Excision av AK är onödigt invasivt och radikaliteten mot sidorna blir dessutom ofta ofullständig^{63, 64}. Strålbehandling av AK är kontraindicerat⁶⁴.

Läkare **inom primärvården** som med hög säkerhet kan ställa diagnosen aktinisk keratos (antingen på den kliniska bilden, med hjälp av biopsi för PAD eller efter teledermatologisk hudkonsultation) kan behandla dessa med produkter för utvärtes bruk i hemmet (se ovan). Finns diagnostisk osäkerhet, eller om otillräcklig effekt konstateras vid behandlingskontroll, rekommenderas remiss till hudläkare.

Skivepitelcancer in situ

Morbus Bowen/SCCIS i ansiktet kan med fördel excideras kirurgiskt för att uppnå radikalitet. Andra förstahandsval för SCCIS i ansiktet är curettage följt av MAL-PDT (x2) eller kryoterapi⁸⁷⁻⁸⁹.

För SCCIS lokaliserade till bål och extremiteter (exkl. underben) finns flera bra behandlingsalternativ: excision, C&E och curettage följt av kryoterapi eller MAL-PDT (x2)^{88, 89}. I andra hand kan 5-FU användas⁸⁸⁻⁹⁰. Ablativ laserbehandling kan inte rekommenderas då det endast finns fallrapporter⁹¹ och tveksamma resultat publicerade⁹². Strålbehandling av SCCIS är effektivt men överdrivet aggressivt samt kräver många patientbesök och betraktas därför som ett sistahandsalternativ^{88, 89}.

SCCIS på underben kan behandlas med excision, MAL-PDT (x2), curettage och electrodesiccation eller 5-FU^{88, 89, 93}. Kryoterapi är också effektivt på denna lokal men kan ge upphov till svårärläka sår i större grad jämfört med C&E⁹³. CO₂-laser kan vara effektivt mot SCCIS på underbenen men i en studie noterades progress till invasiv SCC i 3 av 25 fall inom 1 år varför denna metod inte kan rekommenderas⁹⁴.

Vid AK och SCCIS oavsett lokal och orsak beror effekten av destruktiva metoder (kryoterapi, C&E och ALA-/MAL-PDT) på behandlande läkares metodik och erfarenhet medan topikala behandlingar har sämre effekt om patienten har låg ordinationsfölsamhet^{63, 64, 66, 95}.

Om vald behandlingsmetod (oavsett vilket förstadium till SCC) inte har varit effektivt eller vid recidiv bör radikal kirurgisk excision utföras alternativt ny(a) biopsi(er) tas för att säkerställa diagnos, utesluta invasiv SCC och planera nästa behandlingsalternativ.

Invasiv SCC

Syftet med behandling av invasiv SCC är att eliminera tumören samt förhindra recidiv och metastasering. En enkel excision med tillräcklig marginal är i de flesta fall botande. Komplet och histopatologiskt konfirmerad radikalitet skall eftersträvas^{4, 96, 97}. För högt eller medelhögt differentierade lågrisktumörer (inklusive keratoacanthom) <2 cm i diameter rekommenderas en kirurgisk marginal på minst 4 mm med frikostigt medtagande av subkutan vävnad som åstadkommer en radikal excision i 95% av fallen^{4, 96-101}. För ”högrisktumörer” (se Tabell 1 på sidan 5) skall excision göras med minst 6 mm klinisk marginal för att garantera radikalitet^{4, 96, 97, 99, 101, 102}. Patienter som har större tumörer lokaliserade inom huvud-halsregionen där man kan förutse tumörväxt i viktiga underliggande mjukdelar och/eller skelett diskuteras med fördel på multidisciplinär terapikonferens före planering av det kirurgiska ingreppet.

Defekter efter excision av SCC där man inte har histopatologisk bekräftelse på radikalitet bör man i första hand låta sekundärläka, sluta primärt eller med hudtransplantat. I dessa fall bör man undvika lambåer som förvränger huden vilket kraftigt försvårar möjligheten

att reexcidera eventuella tumörrester som kan kvarstå vid icke-radikal excision¹⁰².

Andrahandsalternativ för behandling av lågrisktumörer är curettage + kryoterapi eller C&E. Dessa metoder är endast effektiva i vana händer och rekommenderas enbart i noggrant utvalda fall: små, välvgränsade, högt differentierade (histopatologiskt verifierat) SCC på bål eller extremiteter (solbelyst hud) hos äldre individer som har avböjt kirurgi^{4, 6, 56}. C&E och kryoterapi är generellt kontraindicerade vid lokala recidiv av SCC⁶.

Strålbehandling av SCC är endast aktuellt om patienten bedöms vara inoperabel^{4, 6, 98, 100}. Det kan dock i vissa fall krävas adjuvant strålbehandling postoperativt (se kapitel om ”Radioterapi vid SCC respektive BCC”).

Behandling av spridd sjukdom

Utredning om eventuell regional metastasering bör i första hand innefatta klinisk palpation av ytliga lymfkörtelstationer. Vid misstanke om metastasering bör finnålspunktion, eventuellt med hjälp av ultraljud (FNAC = fine needle aspiration cytology), utföras⁴. Hos patienter med påvisad regional lymfkörtelmetastasering bör multidisciplinär diskussion med specialister inom Patologi, ÖNH, Onkologi, Allmänkirurgi och/eller Plastikkirurgi tas⁶. Terapeutisk lymfkörtelutrymning kan göras och därefter tas ställning till postoperativ radioterapi mot den regionala lymfkörtelstationen samt mot primärtumörområdet.

Fjärrmetastasering är ovanligt⁵⁴ men när sådan föreligger bör patienten remitteras till onkolog för ställningstagande till kemoterapi (t.ex. cisplatin, 5-FU, metotrexat och/eller vinblastin) och/eller strålbehandling. Kemoterapi kan eventuellt komma ifråga även för symptomlindring. Palliativ strålbehandling kan ge lindring av symptomgivande metastaser lokalt⁴.

UPPFÖLJNING

Uppföljning av förstadiet till SCC

Alla patienter som har behandlats för förstadiet till SCC bör erhålla information om sjukdomen samt instrueras i egenkontroller och prevention (se kapitel om ”Egenkontroller och prevention”). Regelbunden uppföljning hos hudspecialist anses inte vara nödvändig för AK och inte heller för SCCIS i de flesta fallen.

Uppföljning av invasiv SCC

Enligt litteraturen diagnostiseras 95% av recidiven inom 5 år efter primäroperationen (75% inom 2 år) och man upptäcker 96% av metastaserna inom 5 år (84% inom 2 år)⁵⁴.

- Alla patienter som har behandlats för SCC bör erhålla information om sjukdomen samt instrueras i egenkontroller och prevention (se

kapitel om ”Egenkontroller och prevention”).

- Vi rekommenderar att patienter som har en eller flera ”högriskfaktorer för invasiv SCC” (se Tabell 1 på sidan 5) erbjuds uppföljning av hudspecialist i 1–2 år.
- Individuella uppföljningsrutiner med kontroller 1–4 gånger per år bör skapas för utvalda immunosupprimerade patienter som löper större risk att utveckla aggressiva former av SCC och ständigt utvecklar nya tumörer¹⁰³.
- Regelbunden uppföljning av ”lågriskpatienter” opererade för SCC (patienter/tumörer utan högriskfaktorer enligt ovan) anses inte vara nödvändig.

Kontroller bör innebära inspektion och palpation av tidigare tumörområde samt palpation av ytliga lymfkörtelstationer. Vid misstanke om recidiv bör biopsi för histopatologisk bedömning säkras. Övriga hudkostymen bör inspekteras för att identifiera eventuella förstadiet till SCC och nya tumörer.

Avsteg från ovanstående rekommendationer kan givetvis vara nödvändigt att göra då hänsyn i varje fall måste tas till typ av given behandling, patientens övriga hälsotillstånd samt eventuella önskemål från patientens sida.

BASALCELLSCANCER

EPIDEMIOLOGI

Basalcellscancer (BCC) är den vanligaste maligna hudtumören. I Sverige rapporterades 45 590 nya PAD-verifierade fall år 2013.² I jämförelse upptäcktes 31 770 PAD-verifierade BCC år 2004¹⁰⁴. Huvuddelen av dessa tumörer ses hos individer äldre än 50 år. Merparten av tumörerna är lokaliserade till huvud-halsregionen¹⁰⁵. Man har beräknat att 15% av den svenska befolkningen har utvecklat åtminstone en BCC vid 74 års ålder¹⁰⁴.

I enlighet med nya föreskrifter från Socialstyrelsen under 2003 är BCC rapporteringspliktig till Cancerregistret¹⁰⁶. Till skillnad från övriga rapporteringspliktiga tumörer skall BCC endast rapporteras från diagnostiserande patologi-laboratorium. Behandlande kliniker behöver inte rapportera. De senare skall dock till diagnostiserande patolog uppge tumörläge samt om tumören är ny, tidigare biopsrad eller utgör ett lokalrecidiv. I praktiken sker en underreportering då man inte sällan behandlar BCC med typisk klinisk bild utan att verifiera diagnosen med PAD.

ETIOLOGI & RISKGRUPPER

Intermittent intensivt solande men även hög kumulativ dos av ultraviolett ljus är sann-

likt de viktigaste riskfaktorerna för BCC. Ljus-
hyade individer med solkänslig hud löper störst
risk att utveckla BCC^{4, 107, 108}. Immunosuppri-
merade patienter har en 6–10 gånger högre risk
att utveckla BCC^{9, 109}. Även genetiska sjukdo-
mar såsom Xeroderma pigmentosum²³ och bas-
alcellsnevussyndrom (Gorlins syndrom)^{110, 111}
ökar kraftigt risken att utveckla BCC. Tidigare
strålbehandling kan ge upphov till BCC^{108, 112}.
Arsenik är också en känd riskfaktor²². BCC kan
i sällsynta fall även uppstå i nevus sebaceus¹¹³
och i kroniska sår¹¹⁴.

HEDGEHOG-SIGNALERINGSKASKADEN

Orsaken till Gorlins syndrom är mutationer
som ger upphov till abnorm aktivering av
den s.k. hedgehog-signaleringsskaskaden.^{115–117}
Denna signaleringsskaskad har betydelse för
embryonal utveckling. Efter embryonalstadiet
är förändringar i signaleringskaskaden för-
knippat med cancerutveckling. Patienter med
Gorlins syndrom utvecklar tidigt multipla bas-
alcellscancer. Man har kunnat visa att även
sporadiska BCC har mutationer som ger upp-
hov till aktivering av hedgehog-kaskaden.^{118, 119}
Denna kunskap har betydelse för utvecklingen
av olika medicinska terapier för BCC som prö-
vas på avancerad basalcellscancer, där möjlig-
heter till annan behandling är uttömda.^{120–122}

DEFINITION

Basalcellscancer är en långsamt men destruktivt
växande, lokalt invasiv, malign epitelial
hudtumör^{108, 123–125}. Den utvecklas från pluri-
potenta primordialceller huvudsakligen i basal-
cellslaget, oftast i epidermis men även i hår-
folliklar eller svettkörtelutgångar^{108, 126}. Till
skillnad från SCC, uppstår BCC *de novo* utan
några kända prekursorlesioner¹⁰⁸. Tumören är
beroende av sitt specialiserade stroma för sin
tillväxt vilket begränsar dess förmåga till me-
tastaserings^{108, 127}.

BCC uppträder generellt kliniskt som no-
dulära, superficiella eller morfeiforma (skle-
roserande) tumörer¹²³. De kan dessutom
presenteras som ulcererade, pigmenterade,
hyperkeratotiska, eller cystiska lesioner¹²⁴. Hos
patienter som fått en BCC är risken att utveck-
la en eller flera nya BCC i framtiden relativt
stor^{128, 129}. I en studie med 1 000 patienter hade
33% fått en ny BCC inom 2 år efter den första
lesionen¹²⁹. Nodulära och särskilt morfeiforma
BCC förekommer oftare i huvud-halsregionen
medan superficiella BCC är vanligare på bål-
en¹²³. Enligt en rapport från Socialstyrelsen var
57% av alla BCC belägna i huvud-halsregio-
nen, 31% på bålen, 7,7% på nedre extremitet-
terna och 4,3% på övre extremiteterna¹³⁰.

Basalcellscancer kan histopatologiskt klassi-
ficeras enligt olika principer, dels traditionellt

deskriptivt, dels efter förväntad aggressivitet. Vid
rapporteringen till Cancerregistret skall varje tu-
mör registreras med avseende på lokal och växt-
sätt enligt nedanstående klassifikation (Glas)¹³¹.

Nodulär eller noduloulcerativ, lågaggressiv (Glas typ IA):

Nodulära BCC är välvgränsade tumörer med
distinkt gränzon gentemot underliggande
vävnad som inte invaderar subkutan vävnad,
brosk, muskulatur eller ben¹³¹. Kliniskt börjar
det som en glansig knöttra som växer till en no-
dulus med vallartad kant och vidgade slingriga
kärl på ytan. Det uppstår ofta ulceration cen-
tralt⁴. Den här typen svarar för 50–55% av alla
BCC^{107, 131} och är oftast lokaliserad till ansiktet
men även till bålen^{123, 132}.

Superficiell eller ytlig, lågaggressiv (Glas typ IB):

Superficiella BCC är ytligt växande, cellfattiga
tumörer som avgränsas tydligt från underlig-
gande strukturer med perifer palissadering¹³¹.
Kliniskt uppstår relativt välvgränsade, brun-
röda, lätt fjällande och ytligt infiltrerade ek-
semliknande fläckar⁴. Cirka 20–25% av alla
PAD-verifierade BCC är av den superficiella
typen^{107, 131}. De är framför allt lokaliserade till
bålen men förekommer även i ansiktet¹²³.

Infiltrativ, medelaggressiv (Glas typ II):

Infiltrativa BCC är intermediära former mellan
typ I och III¹³¹ och svarar för 10–20% av alla
BCC^{107, 131}.

Morfealik eller finkolvigt infiltrativ, högaggressiv (Glas typ III):

Högaggressiva BCC kan invadera subkutan
vävnad, brosk, muskulatur och ben. Tumör-
cellsförbanden kan vara 1–2 celler tjocka och
uppvisar spetsiga, oregelbundna utlöpare utan
perifer palissadering som ger en diffus och
otydlig avgränsning mot frisk hud¹³¹. Kliniskt
ses oftast en vitaktig, blek och indragen hud
som kan likna ärr eller skleros⁴. Den här typen
svarar för 4–9%^{107, 131}. Högaggressiva BCC är
oftast lokaliserade till ansiktet^{123, 132}.

Det finns andra typer av BCC som inte be-
skrivs i denna klassifikation men som också
kräver ett omnämnande:

Mikronodulära BCC kan betraktas som hög-
aggressiva BCC på grund av dess tunna tumör-
cellsförband med djup och utbredd växt. Dessa
tumörer är därför mycket svåra att avgränsa
kliniskt vilket ofta ger upphov till recidiv efter
kirurgi^{133, 134}.

Metatypisk cancer eller **basoskvamös cancer** är
en relativt ovanlig men aggressiv form av BCC
med differentiering mot skivepitelcancer och po-
tential att metastasera. Den här typen är absolut

vanligast i huvud-halsregionen och bör behand-
las som en högaggressiv variant av BCC^{135–137}.

PROGNOS

Med kirurgi eller någon av de många icke-ki-
rurgiska behandlingsmetoderna (se avsnitt om
behandling nedan) botas idag de allra flesta
patienterna. Recidivrisken för primära BCC
är 1–10% medan risken för att behandling-
en misslyckas för recidivtumörer är 15–30%⁴.
Störst risk att recidivera har BCC som är lokali-
serade till näsa, nasolabialfårar, öron och ögon-
lock, tumörer med diameter >2 cm, medel- och
högaggressiva former (se Tabell 2) samt BCC
med perineural växt^{4, 107, 124, 138}. Det är väsentligt
att i största möjliga mån behandla BCC radi-
kalt då tumören annars har en tendens att växa
mycket destruktivt och ge upphov till utbred-
da sår eller defekter i vävnaden¹³⁹. Spridning av
BCC till regionala lymfkörtlar är mycket ovan-
ligt och fjärrmetastaserings är extremt sällsynt⁴.
¹⁰⁷. Mortaliteten är därför mycket låg men den
högprevalensen innebär stora kostnader och
betydande morbiditet¹⁰⁷.

HÖGRISKFAKTORER FÖR BCC

I Tabell 2 listas faktorer som innebär en ökad
risk att utveckla lokala recidiv alternativt multi-
pla BCC^{4, 107, 125, 131, 140–143}.

Tabell 2. Högriskfaktorer för basalcellscancer.

Klinisk information

- Tumörstorlek (diameter) >2 cm.
- Tumörrecidiv.
- Tumörer som har opererats med snä-
vare marginal än rekommenderat (t.ex
kring ögon, näsa, mun och öron).
- Patient med immundefekt.
- Patient som har haft multipla BCC in-
klusive Gorlins syndrom.

Histopatologisk information

- Högaggressivt växtsätt (t.ex morfealik
BCC, mikronodulär BCC eller metatyp-
isk cancer).
- Bristande radikalitet.
- Infiltration i subkutan fettväv och/eller
andra underliggande strukturer.
- Tumörväxt perineuralt.

REMITTERINGSVÄGAR

Majoriteten av patienter med basalcellscancer
kommer primärt till allmänläkare. Patient/tu-

mör som återfinns bland ”högriskfaktorer för basalcellscancer” (se Tabell 2 på sidan 7) eller BCC på kosmetiskt känsliga lokaler bör remitteras till hudklinik för ställningstagande till vidare behandling eller uppföljning.

För att patienten vid remissbedömning ska tas om hand på bästa sätt, bör remissen innehålla uppgifter om:

- Tumörens diameter.
- Tumörens exakta lokalisering (om möjligt bifogas fotodokumentation).
- Eventuell immunsuppression eller övriga ”högriskfaktorer” (se Tabell 2 på sidan 7).
- Kopia på eventuella PAD-svar.
- Duration och tillväxthastighet.
- Eventuell blodförtunnande mediciner.
- Eventuella tidigare hudtumörer.

Majoriteten av basalcellscancerfallen handläggs av hudläkare. Hudläkaren bedömer eventuellt behov av konsultation av plastikkirurg, ÖNH-läkare, ögonläkare eller onkolog.

BEHANDLING

Vid lesioner med oklar klinisk diagnos och där tumören inte enkelt kan excideras i sin helhet rekommenderas stansbiopsi för histopatologisk bedömning för att kunna välja korrekt behandlingsmetod.

Syftet med behandling är att bota patienten och förhindra recidiv vilket kan åstadkommas med såväl kirurgiska som icke-kirurgiska metoder. Nedan följer behandlingsrekommendationer i relation till tumörtyp och lokal. Dessa kan behöva modifieras i det enskilda fallet med hänsyn tagen till patientens ålder och övriga hälsotillstånd samt tumörens storlek, växtsätt och invasionsdjup i relation till lokaliseringen, påverkan av ansiktsfunktion, o.s.v.

Internationell ”gold standard” (=rekommenderat förstahandsval) för behandling av BCC är kirurgisk excision med histopatologisk bekräftelse på radikalitet^{4, 107, 125, 139}. Generellt bör den kliniska excisionsmarginalen vara minst 3–4 mm för små (<2 cm) lågaggressiva BCC (IA och IB)^{4, 101, 107, 143-145}. Något internationellt konsensus angående excisionsmarginalerna för alla BCC har inte uppnåtts men, ju större och mer aggressiv tumören är, desto större marginaler krävs för radikalitet^{107, 124, 138, 145, 146}. Excisionen bör frikostigt inkludera subkutan vävnad för att uppnå radikalitet mot djuper^{4, 124, 138}.

Övriga nedan nämnda behandlingsmetoder bör utföras av läkare med god erfarenhet av vald metod^{4, 124, 138}.

BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER

Nodulär eller noduloulcerativ, lågaggressiv (typ IA):

Vid BCC av denna typ i ansiktet rekommenderas i första hand excision^{124, 138, 147}. Curettage + kryoterapi (x2) är också förstahandsval om tumören är belägen på näsa¹⁴⁸, öron¹⁴⁹ eller ögonlock¹⁵⁰.

På övriga kroppsdelar är excision^{124, 138}, curettage + kryoterapi (x2)^{124, 138, 151-153} eller C&E^{124, 138, 154} rekommenderade alternativ. Generellt är curettage+kryoterapi olämpligt på underben p.g.a. risken för utveckling av svår-läkta sår¹⁰⁷.

PDT (x2) efter curettage för nodulära BCC har visat sig vara relativt effektivt oavsett lokal men kan inte rekommenderas i första hand. En studie med 5-års uppföljning visade endast 69,3% recidivfria tumörer efter PDT (n=85) jämfört med 97,7% efter kirurgi (n=88)¹⁵⁵. Andra studier har visat klinisk läkning i 73–94% av fallen^{41, 156, 157}.

Superficiell eller ytlig, lågaggressiv (typ IB):

Vid lokalisering i ansiktet finns, såsom vid andra basaliomtyper, högre krav på säkerställande av radikalitet och recidivfrihet vid val av terapi. Därför anses excision vara ett av förstahandsvalen^{4, 124, 138, 147}. Kryoterapi med eller utan curettage är ett alternativ men bör undvikas vid superficiella BCC (sBCC) lokaliserade till ögonbryn och nasolabialfårer^{107, 124, 138, 158}.

Oavsett lokal har PDT (x2) visat sig vara effektivt vid sBCC (80–97% läkta efter 3 månader) med goda kosmetiska resultat^{4, 41, 107, 124, 138, 159-161}. En studie har visat 78% recidivfrihet efter PDT (x2) av sBCC efter 5 år jämfört med 80% efter behandling med kryoterapi¹⁶². Topikal behandling med imiquimod kräm 5% har visat sig vara effektivt i 73–90% av fallen vid behandling av små sBCC¹⁶³⁻¹⁶⁵ och, i en studie, var 79% av de patienter som svarade recidivfria efter 2 år¹⁶⁴. Topikal behandling med 5-FU kräm 5% är godkänd för behandling av sBCC. I en randomiserad kontrollerad studie såg man klinisk utläkning av 80.1% av tumörerna (n=198) 12 månader efter behandling med 5-FU kräm 5% applicerat 2 gånger dagligen i 4 veckor.¹⁶⁶ Ablativ CO₂-laserbehandling av sBCC har visserligen visat sig vara effektivt i vana händer men metoden saknar studier med långtidsuppföljning varför den inte kan rekommenderas i första hand^{107, 124, 138, 167, 168}.

Vid lokalisering utanför huvud-halsregionen kan således flera behandlingsmetoder användas: excision, destruktiva metoder (kryoterapi med eller utan curettage och C&E), PDT (x2) och topikala behandlingar (imiquimod, 5-fluorouracil)^{4, 107, 124, 138, 154}.

Infiltrativ, medelaggressiv (typ II):

Vid BCC av denna typ är excision ett förstahandsval oavsett lokal^{4, 107, 124, 138}. Med noggrann

teknik av erfaren läkare kan curettage+kryoterapi vara ett andrahandsalternativ på ögonlock, öron och näsa^{148-150, 169} samt på bål och extremiteter^{4, 107, 124, 138}. Excision med Mohs kirurgi (Mohs Micrographic Surgery = MMS) kan dock övervägas vid BCC av denna typ i ansiktet i utvalda fall (oklara gränser, stora tumörer >2 cm och lokaler där det är viktigt att bevara så mycket frisk hud som möjligt)^{4, 107, 124, 138}.

Morfealik eller finkolvtig infiltrativ, högaggressiv (typ III) samt mikronodulära BCC, metatypisk cancer och recidiv av BCC:

Vid högaggressiva BCC (se Tabell 2 på sidan 7) samt recidiv av BCC i ansiktet (särskilt i den s.k. ”H-zonen”, i närhet av eller på öron, ögonlock, ögonbryn, näsa, nasolabialfårer och läppar) anses MMS vara ”gold standard” internationellt^{4, 107, 125, 170-175}. MMS är också indicerat vid perineural växt^{4, 107, 124, 138}. I dessa fall är andrahandsalternativet att göra en enkel excision med minst 5 mm marginal. Excision av primära högaggressiva BCC med 5 mm marginal resulterar i radikal excision i 82% av fallen¹⁴⁶. Defekter efter excision av BCC där man inte har histopatologisk bekräftelse på radikalitet bör man i första hand sluta primärt, vid behov rekonstruera med hudtransplantat eller låta sekundärläka. I dessa fall bör man undvika lambäer som förvränger huden vilket kraftigt försvårar möjligheten att reexcidera eventuella tumörrester som kan kvarstå vid icke-radikal excision^{102, 107}.

På övriga kroppsdelar rekommenderas minst 5 mm excisionsmarginal vid högaggressiva BCC och recidiv^{124, 138, 170}. Mindre, lågaggressiva BCC som recidiverar på övriga kroppsdelar kan i andra hand behandlas med destruktiva eller medicinska behandlingsmetoder^{124, 138}.

Destruktiva (curettage + kryobehandling, C&E och ablativ laser) samt medicinska (imiquimod, 5-FU och PDT) behandlingsmetoder bör betraktas som generellt kontraindicerade vid högaggressiva BCC och recidiv⁴.

LOKALT AVANCERAD OCH METASTASERANDE BCC

Vid lokalt avancerad och icke-operabel BCC eller vid metastaserande BCC kan dessa behandlas med vismodegib kapslar (Erivedge®) 150 mg dagligen.^{120, 121, 176} För lokalt avancerad BCC finns nu även ett europeiskt godkännande för att behandla dessa patienter med sonidegib kapslar (Odomzo®) 200 mg dagligen.¹⁷⁷ Såväl vismodegib som sonidegib hämmar hedgehog-signaleringskaskaden. Behandlingen sköts vanligtvis av hudläkare eller onkolog med erfarenhet av denna typ av patienter och mediciner.

ICKE-RADIKAL EXCISION

Vid icke-radikal excision rekommenderas reexcision^{4, 107, 124, 138, 143, 178-180}. Risken för recidiv efter icke-radikal excision inom 5 år är 38–42% och kan vara över 50% inom 10 år¹⁷⁹.

UPPFÖLJNING

En tredjedel av alla patienter som har haft BCC får en ny tumör inom 2 år och 36% har fått en till BCC inom 5 år¹²⁹. När man ser till recidiv av BCC så upptäcks 33% inom 1 år, 50% inom 2 år och 66% inom 3 år¹⁷⁹.

- Alla patienter som har behandlats för BCC bör erhålla information om sjukdomen samt instrueras i egenkontroller och prevention (se kapitel om ”Egenkontroller och prevention”).
- Vi rekommenderar att utvalda patienter som har en eller flera ”högriskfaktorer för BCC” (se Tabell 2 på sidan 7) erbjuds uppföljning av hudspecialist i åtminstone 2 år.
- Individuella uppföljningsrutiner med kontroller 1–4 gånger per år bör skapas för utvalda immunosupprimerade patienter respektive de med Gorlins syndrom (basalcellsnaevussyndrom) så länge nya tumörer uppstår.
- Regelbunden uppföljning av ”lågriskpatienter” opererade för BCC (patienter/tumörer utan högriskfaktorer enligt ovan) anses inte vara nödvändig.

Kontrollerna bör innebära inspektion och palpation av tidigare tumörområde. Vid misstanke om recidiv bör biopsi för histopatologisk bedömning säkras. Övriga hudkostymen bör inspekteras för att identifiera eventuella nya tumörer.

Avsteg från ovanstående rekommendationer kan givetvis vara nödvändigt att göra då hänsyn i varje fall måste tas till typ av given behandling, patientens övriga hälsotillstånd samt eventuella önskemål från patientens sida.

RADIOTERAPI VID SCC RESPEKTIVE BCC

Radioterapi är en effektiv behandling av såväl SCC som BCC men bör betraktas som ett sistahandsalternativ vid primära tumörer. Radioterapi reserveras för icke-operabla tumörer samt när reexcision av icke-radikal exciderad tumör inte bedöms vara möjlig. Det kan även vara aktuellt vid perineural växt av SCC eller BCC som adjuvant behandling efter kirurgi. Vid metastaserande SCC kan radioterapi också vara aktuellt (se avsnitt ovan om ”Behandling av spridd sjukdom”)^{4, 6, 98, 100, 107}. Vid lokalt avancerad BCC kan radioterapi övervägas.^{181, 182}

Det finns en stor recidivbenägenhet inom

5 år efter strålbehandling (7,5–16% för BCC; 7% för SCC i stadium T1, 15–35% i stadium T2 och upp till 50% i stadium T3–T4)^{4, 181-183}. Radioterapi kan leda till akuta stråldermatiter samt sena biverkningar i form av hudatrofi, alopeci, anhidros, hypo- eller hyperpigmentering, kraftig ärrfibros och, i värsta fall nekros i hud, brosk eller ben⁴. Recidiv efter radioterapi är oftast mycket svåravgränsade vilket försvårar eventuell kirurgi¹⁰⁷. Strålbehandling ges fraktionerat vilket innebär ett stort antal besök för patienten som ofta är åldrad och kan ha svårt att anordna transport till och från sjukhuset 5–30 gånger (plus eventuella kontrollbesök som kan tillkomma)^{4, 182}. En annan uppenbar nackdel med strålbehandling jämfört med kirurgi är att man inte kan utföra en histopatologisk radikalitetsbedömning. Radioterapi är kontraindicerat för behandling av BCC hos patienter med Gorlins syndrom^{4, 108, 112, 184}.

Radioterapi kan ges som extern strålbehandling och/eller som brachyterapi varvid en strålkälla förs in i tumörområdet och verkar lokalt.

EGENKONTROLLER OCH PREVENTION

Följande information kan patienter som har haft hudcancer ta del av för att minska risken och takten för att nya hudtumörer eller första-dier till dem skall uppstå.

SOLFAKTA

- Solljus liksom solarieljus innehåller ultraviolett strålning som är den huvudsakliga orsaken till hudcancer.
- Solen har starkare effekt på höga berg och i länder närmare ekvatorn.
- Snö och sand reflekterar solljusets ultravioletta strålar och ökar risken för solskador.
- Ultravioletta ljus tränger igenom moln och vatten och kan därför orsaka solskador såväl på en mulen dag som när man badar.
- Solande i solarium är inte bara skadligt för huden utan påskyndar dessutom hudens åldrande. Solariebrunhet skyddar inte mot solens skadliga effekter.
- Solen är som starkast mellan klockan 11 och 15.
- Solens UVB-strålning hjälper kroppen att producera D-vitamin men 15–30 minuters exponering av huden mitt på dagen är tillräcklig.

SOLSKYDDSRÅD

- Undvik att vistas oskyddad i solen längre än 15–30 minuter mellan klockan 11 och 15 när solen är som starkast.

- Vistas gärna i skuggan.
- Som solskydd använd hatt och kläder. Tätt vävda kläder skyddar bäst.
- På kroppsdelar som inte täcks av kläder får man komplettera med solkräm som bör ha solskyddsfaktor 30 till 50+, vara märkt med UVA-symbol samt vara behaglig för dig att använda.
- Stryk på riklig mängd och upprepa under dagen samt efter bad.
- Du bör skydda dig extra noggrant i öppna landskap så som på havet, golfbanan, stranden eller fjället.

EGENKONTROLL

Det är viktigt att du regelbundet ser över och känner på din hud. Upptäcker du ett misstänkt återfall av din hudcancer i ett tidigare behandlat område eller nya hudförändringar (exempelvis ett sår som inte vill läka) bör du kontakta läkare.

John Paoli

Docent, överläkare, (*sammankallande*)
Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ingela Ahnlide

Med dr, överläkare,

Hudkliniken, Helsingborgs Lasarett

Torbjörn Boman

Specialistläkare,

Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Johan Heilborn

Verksamhetschef,

Hudcentrum Hagastaden, Stockholm

Kari Nielsen

Med dr, överläkare,

Hudkliniken, Helsingborgs Lasarett

Bertil Persson

Överläkare,

Hudkliniken, Skånes Universitetssjukhus

Carin Sandberg

Med dr, överläkare,

Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Mikael Tarstedt

Överläkare, Hudkliniken, Karlskoga Lasarett

Susanne Uddströmer

Överläkare, Hudkliniken, Gävle Sjukhus

Referenser

1. Sjödin H, Blomqvist L, Hansson J, et al. Vårdprogram anslutande till vårdprogrammet för huvud-hals-cancer. Onkologiskt centrum Stockholm-Gotland 2005. 2005. Available from: <http://www.karolinska.se/upload/Onkologiskt%20centrum/RegionalVardprogram/SkivepitelBasallcellscancer2005.pdf>.

2. Socialstyrelsen. The Swedish Cancer Registry. National Board of Health and Welfare. Cancer incidence in Sweden 2013. 2014. Available from: www.socialstyrelsen.se.
3. Socialstyrelsen. The Swedish Cancer Registry. National Board of Health and Welfare. Cancer incidence in Sweden 2008. 2009. Available from: www.socialstyrelsen.se.
4. National Health & Medical Research Council. Non-Melanoma Skin Cancer: Guidelines for treatment and management in Australia. 2002. Available from: www.nhmrc.gov.au.
5. Lindelof B, Dal H, Wolk K, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma in organ transplant recipients: a study of the Swedish cohort with regard to tumor site. *Arch Dermatol* 2005;**141**:447-51.
6. Motley R, Kersey P, Lawrence C. Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2002;**146**:18-25.
7. Blohme I, Larko O. Skin lesions in renal transplant patients after 10-23 years of immunosuppressive therapy. *Acta Derm Venereol* 1990;**70**:491-4.
8. Bordea C, Wojnarowska F, Millard PR, et al. Skin cancers in renal-transplant recipients occur more frequently than previously recognized in a temperate climate. *Transplantation* 2004;**77**:574-9.
9. Espana A, Redondo P, Fernandez AL, et al. Skin cancer in heart transplant recipients. *J Am Acad Dermatol* 1995;**32**:458-65.
10. Euvrard S, Kanitakis J, Claudy A. Skin cancers after organ transplantation. *N Engl J Med* 2003;**348**:1681-91.
11. Jensen P, Hansen S, Moller B, et al. Skin cancer in kidney and heart transplant recipients and different long-term immunosuppressive therapy regimens. *J Am Acad Dermatol* 1999;**40**:177-86.
12. Naldi L, Fortina AB, Lovati S, et al. Risk of nonmelanoma skin cancer in Italian organ transplant recipients. A registry-based study. *Transplantation* 2000;**70**:1479-84.
13. Lindelof B, Sigurgeirsson B, Gabel H, et al. Incidence of skin cancer in 5356 patients following organ transplantation. *Br J Dermatol* 2000;**143**:513-9.
14. Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelof B. Leg ulcers and squamous cell carcinoma. An epidemiological study and a review of the literature. *Acta Derm Venereol* 1993;**73**:171-4.
15. Baldursson BT, Hedblad MA, Beitner H, et al. Squamous cell carcinoma complicating chronic venous leg ulceration: a study of the histopathology, course and survival in 25 patients. *Br J Dermatol* 1999;**140**:1148-52.
16. Bosch RJ, Gallardo MA, Ruiz del Portal G, et al. Squamous cell carcinoma secondary to recessive dystrophic epidermolysis bullosa: report of eight tumours in four patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999;**13**:198-204.
17. Chowdri NA, Darzi MA. Postburn scar carcinomas in Kashmiris. *Burns* 1996;**22**:477-82.
18. Dabski K, Stoll HL, Jr., Milgrom H. Squamous cell carcinoma complicating late chronic discoid lupus erythematosus. *J Surg Oncol* 1986;**32**:233-7.
19. Fasching MC, Meland NB, Woods JE, et al. Recurrent squamous-cell carcinoma arising in pilonidal sinus tract--multiple flap reconstructions. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1989;**32**:153-8.
20. Karagas MR, Greenberg ER, Spencer SK, et al. Increase in incidence rates of basal cell and squamous cell skin cancer in New Hampshire, USA. New Hampshire Skin Cancer Study Group. *Int J Cancer* 1999;**81**:555-9.
21. Lister RK, Black MM, Calonje E, et al. Squamous cell carcinoma arising in chronic lymphoedema. *Br J Dermatol* 1997;**136**:384-7.
22. Maloney ME. Arsenic in Dermatology. *Dermatol Surg* 1996;**22**:301-4.
23. Kraemer KH, Lee MM, Scotto J. Xeroderma pigmentosum. Cutaneous, ocular, and neurologic abnormalities in 830 published cases. *Arch Dermatol* 1987;**123**:241-50.
24. Barbagli G, Palminteri E, Mirri F, et al. Penile carcinoma in patients with genital lichen sclerosus: a multicenter survey. *J Urol* 2006;**175**:1359-63.
25. Madsen BS, Jensen HL, van den Brule AJ, et al. Risk factors for invasive squamous cell carcinoma of the vulva and vagina--population-based case-control study in Denmark. *Int J Cancer* 2008;**122**:2827-34.
26. Nasca MR, Innocenzi D, Micali G. Penile cancer among patients with genital lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol* 1999;**41**:911-4.
27. Perceau G, Derancourt C, Clavel C, et al. Lichen sclerosus is frequently present in penile squamous cell carcinomas but is not always associated with oncogenic human papillomavirus. *Br J Dermatol* 2003;**148**:934-8.
28. Powell J, Robson A, Cranston D, et al. High incidence of lichen sclerosus in patients with squamous cell carcinoma of the penis. *Br J Dermatol* 2001;**145**:85-9.
29. Tornesello ML, Duraturo ML, Losito S, et al. Human papillomavirus genotypes and HPV16 variants in penile carcinoma. *Int J Cancer* 2008;**122**:132-7.
30. Velazquez EF, Cubilla AL. Lichen sclerosus in 68 patients with squamous cell carcinoma of the penis: frequent atypias and correlation with special carcinoma variants suggests a precancerous role. *Am J Surg Pathol* 2003;**27**:1448-53.
31. Velazquez EF, Cubilla AL. Penile squamous cell carcinoma: anatomic, pathologic and viral studies in Paraguay (1993-2007). *Anal Quant Cytol Histol* 2007;**29**:185-98.
32. Rinker MH, Fenske NA, Scalf LA, et al. Histologic variants of squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer Control* 2001;**8**:354-63.
33. Hodak E, Jones RE, Ackerman AB. Solitary keratoacanthoma is a squamous-cell carcinoma: three examples with metastases. *Am J Dermatopathol* 1993;**15**:332-42; discussion 43-52.
34. Requena L, Romero E, Sanchez M, et al. Aggressive keratoacanthoma of the eyelid: "malignant" keratoacanthoma or squamous cell carcinoma? *J Dermatol Surg Oncol* 1990;**16**:564-8.
35. Flohil SC, van der Leest RJ, Dowlatshahi EA, et al. Prevalence of actinic keratosis and its risk factors in the general population: the Rotterdam Study. *J Invest Dermatol* 2013;**133**:1971-8.
36. Memon AA, Tomenson JA, Bothwell J, et al. Prevalence of solar damage and actinic keratosis in a Merseyside population. *Br J Dermatol* 2000;**142**:1154-9.
37. Marks R, Foley P, Goodman G, et al. Spontaneous remission of solar keratoses: the case for conservative management. *Br J Dermatol* 1986;**115**:649-55.
38. Werner RN, Sammain A, Erdmann R, et al. The natural history of actinic keratosis: a systematic review. *Br J Dermatol* 2013;**169**:502-18.
39. Dodson JM, DeSpain J, Hewett JE, et al. Malignant potential of actinic keratoses and the controversy over treatment. A patient-oriented perspective. *Arch Dermatol* 1991;**127**:1029-31.
40. Slaughter DP, Southwick HW, Smejkal W. Field cancerization in oral stratified squamous epithelium; clinical implications of multicentric origin. *Cancer* 1953;**6**:963-8.
41. Braathen LR, Szeimies RM, Basset-Seguín N, et al. Guidelines on the use of photodynamic therapy for nonmelanoma skin cancer: an international consensus. International Society for Photodynamic Therapy in Dermatology, 2005. *J Am Acad Dermatol* 2007;**56**:125-43.
42. Paoli J, Halldin C, Ericson MB, et al. Nerve blocks provide effective pain relief during topical photodynamic therapy for extensive facial actinic keratoses. *Clin Exp Dermatol* 2008;**33**:559-64.
43. Ulrich M, Maltusch A, Rowert-Huber J, et al. Actinic keratoses: non-invasive diagnosis for field cancerisation. *Br J Dermatol* 2007;**156** Suppl 3:13-7.
44. Vatve M, Ortonne JP, Birch-Machin MA, et al. Management of field change in actinic keratosis. *Br J Dermatol* 2007;**157** Suppl 2:21-4.
45. Czarnecki D, Staples M, Mar A, et al. Metastases from squamous cell carcinoma of the skin in southern Australia. *Dermatology* 1994;**189**:52-4.
46. Joseph MG, Zulueta WP, Kennedy PJ. Squamous cell carcinoma of the skin of the trunk and limbs: the incidence of metastases and their outcome. *Aust N Z J Surg* 1992;**62**:697-701.
47. Veness MJ, Porceddu S, Palme CE, et al. Cutaneous head and neck squamous cell carcinoma metastatic to parotid and cervical lymph nodes. *Head Neck* 2007;**29**:621-31.
48. Brantsch KD, Meisner C, Schonfisch B, et al. Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study. *Lancet Oncol* 2008;**9**:713-20.
49. Cherpelis BS, Marcusen C, Lang PG. Prognostic factors for metastasis in squamous cell carcinoma of the skin. *Dermatol Surg* 2002;**28**:268-73.
50. Dinehart SM, Pollack SV. Metastases from squamous cell carcinoma of the skin and lip. An analysis of twenty-seven cases. *J Am Acad Dermatol* 1989;**21**:241-8.
51. Dzubow LM, Rigel DS, Robins P. Risk factors for local recurrence of primary cutaneous squamous cell carcinomas. Treatment by microscopically controlled excision. *Arch Dermatol* 1982;**118**:900-2.

52. Friedman NR. Prognostic factors for local recurrence, metastases, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. *J Am Acad Dermatol* 1993;**28**:281-2.
53. Lott DG, Manz R, Koch C, et al. Aggressive behavior of nonmelanotic skin cancers in solid organ transplant recipients. *Transplantation* 2010;**90**:683-7.
54. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL, Jr. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. *J Am Acad Dermatol* 1992;**26**:976-90.
55. Veness MJ. High-risk cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *J Biomed Biotechnol* 2007;**2007**:80572.
56. Drake LA, Dinehart SM, Goltz RW, et al. Guidelines of care for Mohs micrographic surgery. American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1995;**33**:271-8.
57. Farasat S, Yu SS, Neel VA, et al. A new American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous squamous cell carcinoma: creation and rationale for inclusion of tumor (T) characteristics. *J Am Acad Dermatol* 2011;**64**:1051-9.
58. Lifeso RM, Bull CA. Squamous cell carcinoma of the extremities. *Cancer* 1985;**55**:2862-7.
59. Misra S, Chaturvedi A, Misra NC. Penile carcinoma: a challenge for the developing world. *Lancet Oncol* 2004;**5**:240-7.
60. Ross AS, Schmultz CD. Sentinel lymph node biopsy in cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review of the English literature. *Dermatol Surg* 2006;**32**:1309-21.
61. Wagner JD, Evdokimov DZ, Weisberger E, et al. Sentinel node biopsy for high-risk nonmelanoma cutaneous malignancy. *Arch Dermatol* 2004;**140**:75-9.
62. Werner RN, Stockfleth E, Connolly SM, et al. Evidence- and consensus-based (S3) Guidelines for the Treatment of Actinic Keratosis - International League of Dermatological Societies in cooperation with the European Dermatology Forum - Short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;**29**:2069-79.
63. de Berker D, McGregor JM, Hughes BR. Guidelines for the management of actinic keratoses. *Br J Dermatol* 2007;**156**:222-30.
64. Stockfleth E, Kerl H. Guidelines for the management of actinic keratoses. *Eur J Dermatol* 2006;**16**:599-606.
65. Thai KE, Fergin P, Freeman M, et al. A prospective study of the use of cryosurgery for the treatment of actinic keratoses. *Int J Dermatol* 2004;**43**:687-92.
66. McIntyre WJ, Downs MR, Bedwell SA. Treatment options for actinic keratoses. *Am Fam Physician* 2007;**76**:667-71.
67. Szeimies RM, Karrer S, Radakovic-Fijan S, et al. Photodynamic therapy using topical methyl 5-aminolevulinic acid compared with cryotherapy for actinic keratosis: A prospective, randomized study. *J Am Acad Dermatol* 2002;**47**:258-62.
68. Stockfleth E, Kerl H, Zwingers T, et al. Low-dose 5-fluorouracil in combination with salicylic acid as a new lesion-directed option to treat topically actinic keratoses: histological and clinical study results. *Br J Dermatol* 2011;**165**:1101-8.
69. Dirschka T, Radny P, Dominicus R, et al. Photodynamic therapy with BF-200 ALA for the treatment of actinic keratosis: results of a multicentre, randomized, observer-blind phase III study in comparison with a registered methyl-5-aminolevulinic acid cream and placebo. *Br J Dermatol* 2012;**166**:137-46.
70. Freeman M, Vinciullo C, Francis D, et al. A comparison of photodynamic therapy using topical methyl aminolevulinic acid (Metvix) with single cycle cryotherapy in patients with actinic keratosis: a prospective, randomized study. *J Dermatol Treat* 2003;**14**:99-106.
71. Morton CA, Brown SB, Collins S, et al. Guidelines for topical photodynamic therapy: report of a workshop of the British Photodermatology Group. *Br J Dermatol* 2002;**146**:552-67.
72. Pariser DM, Lowe NJ, Stewart DM, et al. Photodynamic therapy with topical methyl aminolevulinic acid for actinic keratosis: results of a prospective randomized multicenter trial. *J Am Acad Dermatol* 2003;**48**:227-32.
73. Lacour JP, Ulrich C, Gilaberte Y, et al. Daylight photodynamic therapy with methyl aminolevulinic acid cream is effective and nearly painless in treating actinic keratoses: a randomized, investigator-blinded, controlled, phase III study throughout Europe. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015.
74. Rubel DM, Spelman L, Murrell DF, et al. Daylight photodynamic therapy with methyl aminolevulinic acid cream as a convenient, similarly effective, nearly painless alternative to conventional photodynamic therapy in actinic keratosis treatment: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2014;**171**:1164-71.
75. Korman N, Moy R, Ling M, et al. Dosing with 5% imiquimod cream 3 times per week for the treatment of actinic keratosis: results of two phase 3, randomized, double-blind, parallel-group, vehicle-controlled trials. *Arch Dermatol* 2005;**141**:467-73.
76. Stockfleth E, Sterry W, Carey-Yard M, et al. Multicentre, open-label study using imiquimod 5% cream in one or two 4-week courses of treatment for multiple actinic keratoses on the head. *Br J Dermatol* 2007;**157** Suppl 2:41-6.
77. Szeimies RM, Gerritsen MJ, Gupta G, et al. Imiquimod 5% cream for the treatment of actinic keratosis: results from a phase III, randomized, double-blind, vehicle-controlled, clinical trial with histology. *J Am Acad Dermatol* 2004;**51**:547-55.
78. Gupta G, Stockfleth E, Peris K, et al. Long-term sustained lesion clearance from Lmax with imiquimod 3.75%, a new field-directed treatment for actinic keratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;**29**:1840-2.
79. Swanson N, Smith CC, Kaur M, et al. Imiquimod 2.5% and 3.75% for the treatment of actinic keratoses: two phase 3, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *J Drugs Dermatol* 2014;**13**:166-9.
80. Jury CS, Ramraka-Jones VS, Gudi V, et al. A randomized trial of topical 5% 5-fluorouracil (Efudix cream) in the treatment of actinic keratoses comparing daily with weekly treatment. *Br J Dermatol* 2005;**153**:808-10.
81. Kurwa HA, Yong-Gee SA, Seed PT, et al. A randomized paired comparison of photodynamic therapy and topical 5-fluorouracil in the treatment of actinic keratoses. *J Am Acad Dermatol* 1999;**41**:414-8.
82. Garbe C, Basset-Seguín N, Poulin Y, et al. Efficacy and safety of follow-up field treatment of actinic keratosis with ingenol mebutate 0.015% gel: a randomised controlled 12-month study. *Br J Dermatol* 2015.
83. Lebwohl M, Shumack S, Stein Gold L, et al. Long-term follow-up study of ingenol mebutate gel for the treatment of actinic keratoses. *JAMA Dermatol* 2013;**149**:666-70.
84. Tarstedt M, Larko O, Molin L, et al. [Increasing number of skin cancer cases--also among the younger]. *Lakartidningen* 2005;**102**:1972-5.
85. Wolf JE, Jr., Taylor JR, Tschene E, et al. Topical 3.0% diclofenac in 2.5% hyaluronan gel in the treatment of actinic keratoses. *Int J Dermatol* 2001;**40**:709-13.
86. Dinehart SM. The treatment of actinic keratoses. *J Am Acad Dermatol* 2000;**42**:25-8.
87. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for management of Bowen's disease. British Association of Dermatologists. *Br J Dermatol* 1999;**141**:633-41.
88. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for management of Bowen's disease: 2006 update. *Br J Dermatol* 2007;**156**:11-21.
89. Moreno G, Chia AL, Lim A, et al. Therapeutic options for Bowen's disease. *Australas J Dermatol* 2007;**48**:1-8; quiz 9-10.
90. Salim A, Leman JA, McColl JH, et al. Randomized comparison of photodynamic therapy with topical 5-fluorouracil in Bowen's disease. *Br J Dermatol* 2003;**148**:539-43.
91. Fader DJ, Lowe L. Concomitant use of a high-energy pulsed CO2 laser and a long-pulsed (810 nm) diode laser for squamous cell carcinoma in situ. *Dermatol Surg* 2002;**28**:97-9; discussion 100.
92. Humphreys TR, Malhotra R, Scharf MJ, et al. Treatment of superficial basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma in situ with a high-energy pulsed carbon dioxide laser. *Arch Dermatol* 1998;**134**:1247-52.
93. Ahmed I, Berth-Jones J, Charles-Holmes S, et al. Comparison of cryotherapy with curettage in the treatment of Bowen's disease: a prospective study. *Br J Dermatol* 2000;**143**:759-66.
94. Dave R, Monk B, Mahaffey P. Treatment of Bowen's disease with carbon dioxide laser. *Lasers Surg Med* 2003;**32**:335.
95. Gupta G, Mallefet P, Kress DW, et al. Adherence to topical dermatological therapy: lessons from oral drug treatment. *Br J Dermatol* 2009;**161**:221-7.
96. An KP, Ratner D. Surgical management of cutaneous malignancies. *Clin Dermatol* 2001;**19**:305-20.
97. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer* 2015;**51**:1989-2007.

98. Albright SD, 3rd. Treatment of skin cancer using multiple modalities. *J Am Acad Dermatol* 1982;**7**:143-71.
99. Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992;**27**:241-8.
100. Goldman GD. Squamous cell cancer: a practical approach. *Semin Cutan Med Surg* 1998;**17**:80-95.
101. Thomas DJ, King AR, Peat BG. Excision margins for nonmelanotic skin cancer. *Plast Reconstr Surg* 2003;**112**:57-63.
102. Cook J, Goldman G. Random Pattern Cutaneous Flaps. In: *Surgery of the Skin - Procedural Dermatology*. 2005: 311-344.
103. Stasko T, Brown MD, Carucci JA, et al. Guidelines for the management of squamous cell carcinoma in organ transplant recipients. *Dermatol Surg* 2004;**30**:642-50.
104. Socialstyrelsen. The Swedish Cancer Registry. National Board of Health and Welfare. Basal Cell Carcinoma in Sweden 2004-2008. 2009. Available from: www.socialstyrelsen.se.
105. Socialstyrelsen. The Swedish Cancer Registry. National Board of Health and Welfare. [Basal Cell Carcinoma - Statistics for 2004-2005]. 2006. Available from: www.socialstyrelsen.se.
106. Socialstyrelsen. Uppgiftsskyldighet till cancerregistret vid Socialstyrelsen. *SOSFS 2003:13 Föreskrifter och allmänna råd 2003*. 2003. Available from: www.socialstyrelsen.se.
107. Kuijpers DI, Thissen MR, Neumann MH. Basal cell carcinoma: treatment options and prognosis, a scientific approach to a common malignancy. *Am J Clin Dermatol* 2002;**3**:247-59.
108. Miller SJ. Etiology and pathogenesis of basal cell carcinoma. *Clin Dermatol* 1995;**13**:527-36.
109. Hartevelt MM, Bavincck JN, Kootte AM, et al. Incidence of skin cancer after renal transplantation in The Netherlands. *Transplantation* 1990;**49**:506-9.
110. Diaz-Fernandez JM, Infante-Cossio P, Belmonte-Caro R, et al. Basal cell nevus syndrome. Presentation of six cases and literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;**10 Suppl 1**:E57-66.
111. Gorlin RJ, Goltz RW. Multiple nevoid basal-cell epithelioma, jaw cysts and bifid rib. A syndrome. *N Engl J Med* 1960;**262**:908-12.
112. Evans DG, Birch JM, Ramsden RT, et al. Malignant transformation and new primary tumours after therapeutic radiation for benign disease: substantial risks in certain tumour prone syndromes. *J Med Genet* 2006;**43**:289-94.
113. Idriss MH, Elston DM. Secondary neoplasms associated with nevus sebaceus of Jadassohn: a study of 707 cases. *J Am Acad Dermatol* 2014;**70**:332-7.
114. Combemale P, Bousquet M, Kanitakis J, et al. Malignant transformation of leg ulcers: a retrospective study of 85 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;**21**:935-41.
115. Gailani MR, Bale SJ, Leffell DJ, et al. Developmental defects in Gorlin syndrome related to a putative tumor suppressor gene on chromosome 9. *Cell* 1992;**69**:111-7.
116. Hahn H, Wicking C, Zaphiropoulos PG, et al. Mutations of the human homolog of Drosophila patched in the nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Cell* 1996;**85**:841-51.
117. Johnson RL, Rothman AL, Xie J, et al. Human homolog of patched, a candidate gene for the basal cell nevus syndrome. *Science* 1996;**272**:1668-71.
118. Aszterbaum M, Rothman A, Johnson RL, et al. Identification of mutations in the human PATCHED gene in sporadic basal cell carcinomas and in patients with the basal cell nevus syndrome. *J Invest Dermatol* 1998;**110**:885-8.
119. Epstein EH. Basal cell carcinomas: attack of the hedgehog. *Nat Rev Cancer* 2008;**8**:743-54.
120. Sekulic A, Migden MR, Oro AE, et al. Efficacy and safety of vismodegib in advanced basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2012;**366**:2171-9.
121. Tang JY, Mackay-Wiggan JM, Aszterbaum M, et al. Inhibiting the hedgehog pathway in patients with the basal-cell nevus syndrome. *N Engl J Med* 2012;**366**:2180-8.
122. Von Hoff DD, LoRusso PM, Rudin CM, et al. Inhibition of the hedgehog pathway in advanced basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2009;**361**:1164-72.
123. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol* 2002;**147**:41-7.
124. Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Association of Dermatologists. *Br J Dermatol* 1999;**141**:415-23.
125. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* 1999;**135**:1177-83.
126. Zackheim HS. Origin of the human basal cell epithelioma. *J Invest Dermatol* 1963;**40**:283-97.
127. Pinkus H. Epithelial and Fibroepithelial Tumors. *Arch Dermatol* 1965;**91**:24-37.
128. Marghoob A, Kopf AW, Bart RS, et al. Risk of another basal cell carcinoma developing after treatment of a basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1993;**28**:22-8.
129. Robinson JK. Risk of developing another basal cell carcinoma. A 5-year prospective study. *Cancer* 1987;**60**:118-20.
130. Socialstyrelsen. The Swedish Cancer Registry. National Board of Health and Welfare. [Basal Cell Carcinoma - Statistics for 2006]. 2008. Available from: www.socialstyrelsen.se.
131. Jernbeck J, Glaumann B, Glas JE. [Basal cell carcinoma. Clinical evaluation of the histological grading of aggressive types of cancer]. *Lakartidningen* 1988;**85**:3467-70.
132. Heckmann M, Zogelmeier F, Konz B. Frequency of facial basal cell carcinoma does not correlate with site-specific UV exposure. *Arch Dermatol* 2002;**138**:1494-7.
133. Hendrix JD, Jr., Parlette HL. Micronodular basal cell carcinoma. A deceptive histologic subtype with frequent clinically undetected tumor extension. *Arch Dermatol* 1996;**132**:295-8.
134. Rippey JJ. Why classify basal cell carcinomas? *Histopathology* 1998;**32**:393-8.
135. Costantino D, Lowe L, Brown DL. Basosquamous carcinoma-an under-recognized, high-risk cutaneous neoplasm: case study and review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2006;**59**:424-8.
136. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, et al. Basosquamous carcinoma: treatment with Mohs micrographic surgery. *Cancer* 2005;**104**:170-5.
137. Martin RC, 2nd, Edwards MJ, Cawte TG, et al. Basosquamous carcinoma: analysis of prognostic factors influencing recurrence. *Cancer* 2000;**88**:1365-9.
138. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2008;**159**:35-48.
139. Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, et al. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD003412.
140. Bogelund FS, Philippsen PA, Gniadecki R. Factors affecting the recurrence rate of basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol* 2007;**87**:330-4.
141. Bumpous JM, Padhya TA, Barnett SN. Basal cell carcinoma of the head and neck: identification of predictors of recurrence. *Ear Nose Throat J* 2000;**79**:200-2, 4.
142. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, et al. Basal cell carcinoma treated with Mohs surgery in Australia III. Perineural invasion. *J Am Acad Dermatol* 2005;**53**:458-63.
143. Su SY, Giorlando F, Ek EW, et al. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective trial. *Plast Reconstr Surg* 2007;**120**:1240-8.
144. Bisson MA, Dunkin CS, Suvarna SK, et al. Do plastic surgeons resect basal cell carcinomas too widely? A prospective study comparing surgical and histological margins. *Br J Plast Surg* 2002;**55**:293-7.
145. Kumar P, Watson S, Brain AN, et al. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective multicentre audit. *Br J Plast Surg* 2002;**55**:616-22.
146. Breuninger H, Dietz K. Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1991;**17**:574-8.
147. Kuijpers DI, Thissen MR, Berretty PJ, et al. Surgical excision versus curettage plus cryosurgery in the treatment of basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2007;**33**:579-87.
148. Nordin P, Larko O, Stenquist B. Five-year results of curettage-cryosurgery of selected large primary basal cell carcinomas on the nose: an alternative treatment in a geographical area underserved by Mohs' surgery. *Br J Dermatol* 1997;**136**:180-3.
149. Nordin P, Stenquist B. Five-year results of curettage-cryosurgery for 100 consecutive auricular non-melanoma skin cancers. *J Laryngol Otol* 2002;**116**:893-8.
150. Lindgren G, Larko O. Cryosurgery of eyelid basal cell carcinomas including 781 cases treated over 30 years. *Acta Ophthalmol* 2014;**92**:787-92.
151. Kokoszka A, Scheinfeld N. Evidence-based review of the use of cryosurgery in treatment of basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2003;**29**:566-71.
152. Kuflik EG. Cryosurgery for skin cancer: 30-year experience and cure rates. *Dermatol Surg* 2004;**30**:297-300.
153. Kuflik EG, Gage AA. The five-year cure rate

- achieved by cryosurgery for skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 1991;**24**:1002-4.
154. Sheridan AT, Dawber RP. Curettage, electro-surgery and skin cancer. *Australas J Dermatol* 2000;**41**:19-30.
 155. Roozeboom MH, Aardoom MA, Nelemans PJ, et al. Fractionated 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy after partial debulking versus surgical excision for nodular basal cell carcinoma: a randomized controlled trial with at least 5-year follow-up. *J Am Acad Dermatol* 2013;**69**:280-7.
 156. Foley P, Freeman M, Menter A, et al. Photodynamic therapy with methyl aminolevulinic acid for primary nodular basal cell carcinoma: results of two randomized studies. *Int J Dermatol* 2009;**48**:1236-45.
 157. Rhodes LE, de Rie MA, Leifsdottir R, et al. Five-year follow-up of a randomized, prospective trial of topical methyl aminolevulinic acid photodynamic therapy vs surgery for nodular basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2007;**143**:1131-6.
 158. Zacarian SA. Cryosurgery of cutaneous carcinomas. An 18-year study of 3,022 patients with 4,228 carcinomas. *J Am Acad Dermatol* 1983;**9**:947-56.
 159. Braathen LR, Morton CA, Basset-Seguín N, et al. Photodynamic therapy for skin field cancerization: an international consensus. International Society for Photodynamic Therapy in Dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;**26**:1063-6.
 160. Morton CA, Szeimies RM, Sidoroff A, et al. European guidelines for topical photodynamic therapy part 2: emerging indications--field cancerization, photorejuvenation and inflammatory/infective dermatoses. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;**27**:672-9.
 161. Trakatelli M, Morton C, Nagore E, et al. Update of the European guidelines for basal cell carcinoma management. *Eur J Dermatol* 2014;**24**:312-29.
 162. Basset-Seguín N, Ibbotson SH, Emtestam L, et al. Topical methyl aminolevulinic acid photodynamic therapy versus cryotherapy for superficial basal cell carcinoma: a 5 year randomized trial. *Eur J Dermatol* 2008;**18**:547-53.
 163. Geisse J, Caro I, Lindholm J, et al. Imiquimod 5% cream for the treatment of superficial basal cell carcinoma: results from two phase III, randomized, vehicle-controlled studies. *J Am Acad Dermatol* 2004;**50**:722-33.
 164. Gollnick H, Barona CG, Frank RG, et al. Recurrence rate of superficial basal cell carcinoma following successful treatment with imiquimod 5% cream: interim 2-year results from an ongoing 5-year follow-up study in Europe. *Eur J Dermatol* 2005;**15**:374-81.
 165. Schulze HJ, Cribier B, Requena L, et al. Imiquimod 5% cream for the treatment of superficial basal cell carcinoma: results from a randomized vehicle-controlled phase III study in Europe. *Br J Dermatol* 2005;**152**:939-47.
 166. Aris AH, Mosterd K, Essers BA, et al. Photodynamic therapy versus topical imiquimod versus topical fluorouracil for treatment of superficial basal-cell carcinoma: a single blind, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2013;**14**:647-54.
 167. Campolmi P, Brazzini B, Urso C, et al. Superpulsed CO2 laser treatment of basal cell carcinoma with intraoperative histopathologic and cytologic examination. *Dermatol Surg* 2002;**28**:909-11; discussion 12.
 168. Horlock N, Grobbelaar AO, Gault DT. Can the carbon dioxide laser completely ablate basal cell carcinomas? A histological study. *Br J Plast Surg* 2000;**53**:286-93.
 169. Lindemalm-Lundstam B, Dalenback J. Prospective follow-up after curettage-cryosurgery for scalp and face skin cancers. *Br J Dermatol* 2009;**161**:568-76.
 170. Burg G, Hirsch RD, Konz B, et al. Histographic surgery: accuracy of visual assessment of the margins of basal-cell epithelioma. *J Dermatol Surg* 1975;**1**:21-4.
 171. Paoli J, Daryoni S, Wennberg AM, et al. 5-year recurrence rates of Mohs micrographic surgery for aggressive and recurrent facial basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol* 2011;**91**:689-93.
 172. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL, Jr. Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent (previously treated) basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1989;**15**:424-31.
 173. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL, Jr. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. *J Dermatol Surg Oncol* 1989;**15**:315-28.
 174. van Loo E, Mosterd K, Krekels GA, et al. Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomised clinical trial with 10 year follow-up. *Eur J Cancer* 2014;**50**:3011-20.
 175. Wennberg AM, Larko O, Stenquist B. Five-year results of Mohs' micrographic surgery for aggressive facial basal cell carcinoma in Sweden. *Acta Derm Venereol* 1999;**79**:370-2.
 176. Basset-Seguín N, Hauschild A, Grob JJ, et al. Vismodegib in patients with advanced basal cell carcinoma (STEVIE): a pre-planned interim analysis of an international, open-label trial. *Lancet Oncol* 2015;**16**:729-36.
 177. Migden MR, Guminski A, Gutzmer R, et al. Treatment with two different doses of sonidegib in patients with locally advanced or metastatic basal cell carcinoma (BOLT): a multicentre, randomised, double-blind phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2015;**16**:716-28.
 178. Berlin J, Katz KH, Helm KF, et al. The significance of tumor persistence after incomplete excision of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2002;**46**:549-53.
 179. Griffiths RW. Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinomas: recommendations for management by re-excision. *Br J Plast Surg* 1999;**52**:24-8.
 180. Nagore E, Grau C, Molinero J, et al. Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;**17**:167-70.
 181. Silverman MK, Kopf AW, Gladstein AH, et al. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 4: X-ray therapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;**18**:549-54.
 182. Zagrodnik B, Kempf W, Seifert B, et al. Superficial radiotherapy for patients with basal cell carcinoma: recurrence rates, histologic subtypes, and expression of p53 and Bcl-2. *Cancer* 2003;**98**:2708-14.
 183. Locke J, Karimpour S, Young G, et al. Radiotherapy for epithelial skin cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001;**51**:748-55.
 184. Howell JB. Nevroid basal cell carcinoma syndrome. Profile of genetic and environmental factors in oncogenesis. *J Am Acad Dermatol* 1984;**11**:98-104.



Med denna tidning har ni även fått en A5-broschyr med samma text som vi hoppas att ni har stor användning för på er hemmaklinik.

Annons

Presentation av SSDV:s Intressegrupp för Psoriasis

Kunskapen om psoriasis som systemsjukdom och om komorbiditet har ökat lavinartat under de senaste åren. Samtidigt ser vi en glädjande utveckling med tillkomst av nya behandlingsmöjligheter och därtill även biosimilarer. Denna utveckling väcker emellertid många nya frågor hur vi som kliniskt verksamma dermatologer ska förhålla oss till förskrivning av t ex nya biologiska läkemedel eller biosimilarer, hur vi ska utreda, följa upp och hantera eventuella komorbiditeter hos våra patienter med psoriasis.

För att kunna ta ställning till dessa frågor och för att säkerställa likartad och rätt vård för våra patienter med psoriasis kan nationella riktlinjer samt behandlingsrekommendationer vara ett stöd. Hittills har det inte funnits en grupp under SSDV:s regi som regelbundet och systematiskt har utvecklat och bevakat riktlin-

jer för behandling och uppföljning av patienter med psoriasis. Därför grundades våren 2015 i samband med SSDV:s vårmöte i Skövde Intressegruppen för Psoriasis som åtar sig dessa uppgifter. Intressegruppen är ett öppet forum som även kan vara en kontaktyta gentemot Socialstyrelsen och andra myndigheter samt patientföreningen och fungera som en expertgrupp för dermatologer.

Under vårt andra möte den 14–15 januari 2016 på hudkliniken, Skånes Universitetssjukhuset i Malmö, diskuterades upplägg och omfattning av nya nationella behandlingsrekommendationer. Vi planerar presentera en del av dessa på SSDV:s hemsida under 2016. Vårt mål är att det är ett levande dokument som ska ses över och aktualiseras regelbundet och på så sätt kan anpassas till nya kunskaper. Ett kommentarsfält på hemsidan skulle kunna vara en

ny väg för alla kollegor i landet att aktivt kunna bidra till vidareutvecklingen av dessa riktlinjer. Samtidigt vill vi främja och utveckla användningen av PsoReg som ett viktigt verktyg för registrering och effektuppföljning av ordinerade systembehandlingar.

Utöver behandlingsrekommendationer vill vi framöver även definiera ett grundläggande handlingsprogram angående utredning och uppföljning av komorbiditeter helst i samarbete med primärvården. Gruppen ska också verka för att öka och sprida kunskapen om psoriasis framförallt bland allmänläkare genom att t ex framställa informationsmaterial om diagnosen.

Oliver Seifert

Hudkliniken, Jönköping



Från vänster till höger: Oliver Seifert, Åke Svensson, Toomas Talme, Ingela Flytström, Amra Osmancevic och Tore Särnhult.

Venereologi – med kvinnligt ansikte?

Den uppmärksamma läsaren anar att rubriken anspelar på 2015 års nobelpristagare i litteratur, Svetlana Aleksijevitj och hennes bok "Kriget har inget kvinnligt ansikte" – om den enkla människans beslutsamma men inte sällan förbisedda kamp i de stora sammanhangen.

Vad stort sker – sker i tysthet

Att verka i det tysta med stora visioner kännetecknar även duon Carin Anagrius, Falun, som sedan några år tillbaka avslutat sin kliniska karriär och Elisabet Nylander, Umeå, i september 2015 utnämnd till professor i dermato-venereologi vid Norrlands Universitetssjukhus / Umeå Universitet. Det är den första professuren med venereologiska förtecken sedan Eric Sandströms och Gun-Britt Löwhagens diton under senare delen av 1900-talet.

Det goda mötet – och det riskfyllda

Både Carin och Elisabet värnar det personliga mötet, grunden för ett kvalitativt gott medicinskt omhändertagande med preventiva inslag, där inte enbart molekylär diagnostik får råda utan förutsätter att alla involverade, oavsett profession, är uppdaterade och visar engagemang och vidsynhet.

Carin har genom riktad anamnesupptagning tydligt visat på alkoholens betydelse i rollen av

"negativ" riskeliminering och vanlig orsak till oplanerat- / oskyddat sex och klamydiaspridning. Inte oväntat var hon också en av de drivande i att tillsammans med Torvald Ripa (klinisk mikrobiolog och smittskyddsläkare i Halland) förklara, detektera och ringa in den till synes okontrollerade spridningen av den nya chlamydian (nvCT), vilket uppmärksammades stort även utanför landets gränser.

Elisabet i sin tur har varit drivande kring riktlinjer för smittspårning och intervention i riskgrupper.

Mycoplasma genitalium och Pandoras ask

Förståelsen för och betydelsen av Mycoplasma genitalium som den nya, stora och snart dominerande bakteriella STI:n är till stor del Carins förtjänst och hennes arbete tillsammans med mikrobiologkollegan i Falun, Britta Loré och professor Jörgen Skov-Jensen vid Statens seruminstitut i Köpenhamn, har även fått befogad internationell uppmärksamhet.

Att lyfta på locket till mycoplasmans värld är lite som att öppna Pandoras ask!

Vi medvetandegörs bryskt om konsekvenserna av denna bakteries förmåga till tyst smittspridning och stora potential för resistensutveckling mot till buds stående antibiotika, med i sin tur potentiellt allvarliga läkemedelsinter-

aktioner i aktuella riskgrupper – men liksom i myten återfinns på askens botten ändå hoppet att det ska ordna sig till slut!

Ökad undermedvetenhet

Elisabet disputerade 1997 över ämnet "Interleukin 1-beta i epidermis" och har ägnat en stor del av sin forskning och kliniska arbete kring psoriasis och lichen planus, inte minst som orsak till ofta långdraget, underskattat och plågsamt underlivslidande hos främst kvinnor.

Tillsammans med gynekologen Inga Sjöberg, startade hon redan under början av sin specialistutbildning, 1985, landets första kompletta vulvamottagning som inspirerat många efterföljare över landet, där vi venereologer ofta får representera hudspecialiteten.

Arbetsättet är brett och multidisciplinärt och man ser patienter såväl från det egna uttagningsområdet som från landet i övrigt.

Elisabet är även internationellt engagerad och har sedan länge ett pågående samarbete med doktor Sallie Neill, London, en världsauktoritet inom området, vilket bland annat lett fram till behandlingsregimer för erosiv lichen och dokumenterad psykisk ohälsa vid dess svårare former samt förståelse av genitala förändringar vid GvH.

Kunskap, engagemang och synlighet

Som synes har Carin och Elisabet med utgångspunkt från den lilla människan, målmedvetet och med kreativitet och klokskap, gjort ett stort och värdefullt avtryck inom såväl svensk som nordisk och även internationell venereologi.

Att båda dessutom varit personligt engagerade inom venereologisektionen med förtroendeuppdrag, utbildningsinsatser och utvecklingsarbete bland mycket annat, ger en ytterligare krydda till anrättningen!

Svensk venereologi har tveklöst begåvats med inte bara ett, utan två, kvinnliga ansikten med stor lyskraft och vi ser med stor förväntan fram mot ett fortsatt vägvinnande samarbete. Ett stort tack!

För venereologisektionen
Per Anders Mjörberg,
avgående ordförande



Carin Anagrius



Elisabet Nylander

Annons



Laisaliden i Hemavan vilket har utgjort konferensställe för SveDEN.

SveDEN

(Svenska dermato-epidemiologiska nätverket under 20 år)

Sedan starten 1995 leds detta nätverk av en idégrupp. Under ett stort antal år bestod den av Chris Anderson, Birgitta Meding, Berndt Stenberg och Åke Svensson. Efter hand har dock gruppen utökats med flera andra personer vilket framgår på vår hemsida på www.ssdv.se.

Det svenska nätverket startade samma år som det europeiska (EDEN) och orsaken var att det på den tiden förelåg ett stort behov av att både kliniskt och vetenskapligt öka medvetenheten om epidemiologiska aspekter inom dermatologi och venerologi. I den svenska gruppen skrevs en artikel 1998 [1] hur vi såg på detta behov och vilka syften vi hade med att arbeta inom denna grupp. Texten, på engelska, var enligt följande:

The network has long-term objectives for Swedish dermatologists as a group:

Important aims in our network are that every dermatologist in our country should, in a few years, use knowledge of the difference between clinical experience and populationbased data to implement evidencebased dermatology. Have improved his/her ability to critically read scientific articles, and know where relevant knowledge of and help in dermato-epidemiology can be obtained.

För att uppnå dessa syften har vi publicerat "Bladet från SveDEN" vilket utkommit i knappt 30 nummer. Vi har anordnat ett stort antal arbetsmöten vilka först var förlagda till

Linköping, men sedan många år tillbaka hålls det årligen i Vadstena. 2016 års arbetsmöte är det artonde i ordningen och handlar denna gång om antibiotikaresistens. Titeln på detta möte är "Antibiotika – hot eller bot?" Dessa möten har belyst vitt skilda områden så som exempelvis epigenetik, komorbiditet, dermatologiska utfallsmått, register och biobanksforskning. Förra mötet i Vadstena 2015 handlade om hudcancerprevention. Gemensamt för alla arbetsmöten är att vi kombinerat en faktagenomgång med statistiska föreläsningar relevanta för ämnesområdet. Under väldigt många år är det Hans Stenlund, Umeå, som varit klippan i detta sammanhang. SveDEN har 1998–2012 anordnat totalt 8 kurser inom



Statistiker – Hans Stenlund i aktion under ett av kursstillfällena.



Kursdeltagare och kursledning vid senaste utbildningstillfället i Hemavan.

ämnesområdet så som exempelvis klinisk forskningsmetodik, enkätbaserade studier, hälsoekonomi, kvalitativ forskningsmetodik och kritisk granskning av vetenskapliga studier. Frånsett ovanstående har SveDEN anordnat fem tvådagars kurser i dermatoepidemiologi 2007–2014 varav fyra i Hemavan och en i Täby. Nätverket har 1998–2015 publicerat 11 artiklar. I dagsläget pågår arbeten inom handeksem och bullös pemfigoid och ytterligare artiklar är under utarbetande. Det bör nämnas att SveDEN är ett öppet nätverk där alla är välkomna att höra av

sig om man vill delta. Sammanfattningsvis har det formellt lösa nätverket inom SveDEN under dessa 20 år fungerat bra och i allt väsentligt har SveDEN bidragit till att fullfölja de syften som nedtecknades i starten av dess tillblivelse [2, 3].

**Åke Svensson
och Idégruppen för SveDEN**

Övriga artiklar publicerade inom SveDEN:

- Svensson Å, Lindberg M, Meding B, Sundberg K, Stenberg B. Self-reported hand eczema - symptom-based reports do not increase the validity. *Br J Dermatol* 2002;147:281-284.
- Stenberg B, Nyberg E, Nylander Lundqvist E, Svensson Å, Meding B. Kartläggning visar brister i befolkningsstudier. Frågor om allergi och överkänslighet i huden bör samordnas och bli entydiga. *Läkartidningen* 2003;100:213-217.
- Nyrén M, Lindberg M, Stenberg B, Svensson M, Svensson Å, Meding B. Influence of childhood atopic dermatitis on future worklife. *Scand J Work Environ Health* 2005;31:474-478.
- Stenberg B, Lindberg M, Meding B, Svensson Å. Is the question "Have you had childhood eczema?" useful for assessing atopic eczema in adult population surveys? *Contact Dermatitis* 2006;54:334-337.
- Moberg C, Meding B, Stenberg B, Svensson Å, Lindberg M. Remembering childhood atopic dermatitis as an adult – factors that influence recollection. *Br J Dermatol* 2006;155:557-560.
- Metsävainio A-S, Utter A, Stenberg B, Lidén C, Meding B, Svensson B. Allergi och överkänslighet i huden kartlagd i svensk befolkningsstudie. *Läkartidningen* 2006;103:3075-3078.
- Stenberg B, Meding B, Svensson Å. Dermatology in public health – a model for surveillance of common skin diseases. 2010. *Scand J Publ Health* 2010;38:368-374.
- Carlsson A, Gånemo A, Anderson CD, Meding B, Stenberg B, Svensson Å. Scoring of hand eczema: Good agreement between patients and dermatological staff. *Br J Dermatol* 2011;165:123-128.

Referenser:

1. Svensson Å, Anderson C, Meding B, Stenberg B. The need for epidemiology in dermatology. *Forum for Nord Derm Ven* 1998;Vol 3:10-11.
2. Anderson C, Meding B, Stenberg B, Svensson Å. Working with populations to treat individuals: A report from the Swedish Dermato-Epidemiological Network (SveDEN). *Forum for Nord Derm Ven* 2012;17 (2):44-46.
3. Stenberg B. SveDEN – Svenska Dermato-Epidemiologiska Nätverket. *Svepet (Medlems-tidning för Svensk Epidemiologisk Förening)* 2014;32 (1):10-11.

Annons

Alla psoriasispatienter får inte nya biologiska läkemedel

En genomgång av samlade hälsodata om svenska psoriasispatienter visar att patienterna behandlas olika. Till exempel har psoriasispatienter i storstadskommuner och högt utbildade patienter större tillgång till behandling med biologiska läkemedel som är effektivare men också dyrare. Det visar en ny avhandling vid Umeå universitet.

I Sverige finns uppskattningsvis 200 000–300 000 personer med psoriasis. Psoriasis ansågs tidigare bara vara en hudsjukdom, men räknas numera som en systemisk sjukdom eftersom den också påverkar andra organ i kroppen. För de flesta personer med en psoriasisdiagnos är mjukgörande salvor tillräckligt för att hålla kontroll på sjukdomen, men när det inte hjälper finns systemiska läkemedel att tillgå. Under 2004 introducerades i Sverige nya biologiska läkemedel som ett behandlingsalternativ till konventionella systemiska läkemedlen för personer lider av måttlig till svår psoriasis. De biologiska läkemedlen har visat sig vara väldigt effektiva, men är också betydligt dyrare än de konventionella systemiska läkemedlen.

Studien visar att omkring 9 000 psoriasispatienter årligen tillkommer i den svenska specialistvården. Några av de faktorer som var associerade med att få påbörja en biologisk behandling var att patienten var bosatt i en tätortskommun, hade en avslutad universitetsexamen, blivit diagnosticerad med den kroniska inflammatoriska ledsjukdomen psoriasisartrit eller att en läkare bedömt svårighetsgraden av patientens psoriasis som hög. De patienter som året innan de registrerade sig i specialistvården använt en stor mängd mjukgörande salvor påbörjade oftare antingen en konventionell systemisk behandling eller en biologisk behandling.

- Val av behandling ska inte påverkas av kön, utbildning eller bostadsort, utan av vårdbehov. För att motverka ojämlikheter när man initierar en psoriasisbehandling, särskilt när



David Hägg, Umeå universitet

det gäller behandling med de nyare biologiska läkemedlen, är det viktigt att förstå vilka faktorer som påverkar, säger David Hägg, doktorand vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, avdelningen för medicin, dermatologi och venerologi och författare av avhandlingen.

För att undersöka hur behandling med de systemiska läkemedlen tillämpas och vilka faktorer som är betydelsefulla analyserade David Hägg patientinformation i stora nationella databaserna samt det nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg). I PsoReg registreras konventionella systemiska samt biologiska behandlingar. Där finns också information om svårighetsgraden av psoriasis, både i form av ett mått som läkare bedömt

samt ett baserat på patienters svar på frågor om hur sjukdomen påverkar vardagen.

David Hägg kommer ursprungligen från Sundsvall och är numera bosatt i Stockholm.

För mer information, vänligen kontakta:

Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Avdelningen för medicin, dermatologi och venerologi, Umeå universitet David Hägg

E-post: david.hagg@umu.se

Referens:

- Psoriasis i Sverige - observationella studier ur ett epidemiologiskt perspektiv.

http://www.mynewsdesk.com/se/umea_universitet/pressreleases/alla-psoriasispatienter-faar-inte-nya-biologiska-laekemedel-1292955

Psoriasispatienter får sämre tillgång till effektiv behandlingsmetod med stigande ålder

En ny studie från Umeå universitet visar att ålder spelar en stor roll när det gäller patienternas tillgång till behandling inom psoriasisvården. Forskare, som undersökt om patienter i olika åldrar har samma tillgång till den mest effektiva psoriasisbehandlingen, fann att en åldersökning med 30 år resulterade i ungefär 65 procent mindre sannolikhet att få behandling med biologiska läkemedel. Studien beskrivs i en artikel som publicerats i tidskriften British Journal of Dermatology.

En grupp forskare under ledning av Marcus Schmitt-Egenolf vid Umeå universitet har i en kohortstudie undersökt effekterna av åldrande på tillgång till moderna läkemedel i psoriasisvården. Studien, som är den första av sitt slag, fann att äldre patienter har sämre tillgång till den relativt nya biologiska behandlingen mot psoriasis, som är mer effektiv men också dyrare än motsvarande konventionell systemisk behandling. Studien visade att patienters tillgång till behandlingsmetoden minskade för varje år av åldrande.

– Dessa resultat tyder på att bland patienter som verkar lika på alla viktiga sätt förutom ålder finns stora skillnader i tillgång till biologiska behandlingar, säger Marcus Schmitt-Egenolf, som är professor i dermatologi vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin och seniorförfattare av artikeln.

– Ojämligheterna blir tydliga om vi jämför en mor och hennes dotter och antar att det är en 30-årig generationsskillnad mellan dem. Modern har en tredjedel så stor chans att påbörja en biologisk behandling som hennes dotter och detta endast på grund av att hon är äldre.

Den ojämna tillgången till behandlingsmetoden visar att förbättringar behövs för att minska ojämlikheten i klinisk praxis. Ytterligare forskning behövs dock för att undersöka hur mycket



Marcus Schmitt-Egenolf, professor i dermatologi och venerologi.

av detta påverkas av patienternas egna val.

I Sverige finns uppskattningsvis 200 000–300 000 individer med psoriasis. Till skillnad från mild psoriasis, som behandlas med salvor, så behöver patienter med måttlig till svår psoriasis ofta regelbundna systemiska behandlingar. Många patienter med måttlig till svår psoriasis påbörjar behandling med biologiska läkemedel när andra metoder inte ger tillräcklig respons. Den första biologiska behandlingen, som generellt antingen verkar mot T-celler eller blockerar proteiner i immunsystemet, blev godkänd för psoriasisbehandling i Sverige 2004. Dessa preparat har både hög effektivitet och höga anskaffningskostnader.

Genom att analysera hälsodata från 1 465 psoriasispatienter har forskarna i studien kunnat använda en modell för att mäta vilken effekt åldrande har på sannolikheten att påbörja en behandling med biologiska läkemedel. Stu-

dien beaktade variabler såsom kön, BMI, sam-sjuklighet (det vill säga att ha andra sjukdomar utöver psoriasis), bedömd svårighetsgrad av psoriasis, och patientens utbildningsnivå. Dessa variabler är kända för att påverka förskrivning av biologiska läkemedel, och valdes för att möjliggöra för forskarna att objektivt uppskatta effekten av endast ålder.

För mer information, vänligen kontakta:

Marcus Schmitt-Egenolf, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet
E-post: marcus.schmitt-egenolf@umu.se

Referens:

- Geale K, Henriksson M, Schmitt-Egenolf M. Evaluating equity in psoriasis healthcare: a cohort study of the impact of age on prescription biologics. Br J Dermatol. 2015 Nov 30. [Epub ahead of print].

http://www.mynewsdesk.com/se/umea_universitet/pressreleases/psoriasispatienter-faar-saemre-tillgang-till-effektiv-behandlingsmetod-med-stigande-aalder-1292997

Annons

Slip, Slop, Slap, Seek, Slide

Australien har en av de allra högsta förekomsterna av melanom i världen med mer än 12 500 nya fall diagnostiserade varje år. Trots avancerade nya tekniker för diagnostik och behandling är dödligheten i melanom fortsatt hög. Att försöka förebygga melanom ter sig allt viktigare och därför var vi två dermatologer i Melbourne i december 2015 för att bevaka "3rd International UV and Skin Cancer Prevention Conference". Sverige hade även tre representanter från Strålsäkerhetsmyndigheten på plats. Programmet sträckte sig över fem dagar och täckte epidemiologiska, hälsoekonomiska och preventiva aspekter på melanom. I det spännande programmet tyckte vi att följande ämnen var extra intressanta.

Avtagande incidensökning för melanom bland unga i Australien

Under första dagen visade Craig Sinclair, ordförande i Cancer Council Australias Public



Protect yourself in five ways from skin cancer

Bild 1: Klassisk slogan i Australien som hänvisar till 5 olika sätt att skydda sig mot solen.

Health Committee, en snygg indelning av melanomincidens i olika åldersgrupper med en tydlig skillnad mellan populationerna. Man kunde påvisa att de som har vuxit upp med intensiva solskyddskampanjer (18–30 år gamla) har en avtagande ökning av melanomincidensen, medan de som vuxit upp utan prevention (över 60 år gamla) fortsatt har samma kraftiga

ökning i melanomincidens som vi ser i många andra länder (Sverige bland andra). Dessa data, trots preliminära, ger mycket tyngd till betydelsen av långsiktiga, bra preventionsprogram om man vill bryta trenderna i Sverige.

Med preventionskampanjer finns också mycket pengar att spara, särskilt för länder som Sverige, Australien, Nya Zeeland och



Bild 2: Solskyddskampanjen "Sun Mum". Klipp finns att hitta på youtube.com. "The campaign asserts that no one is better at nagging them about sun safety than their mum, but that's not working, so she's been replaced. With Sun Mum."

How to read the Alert

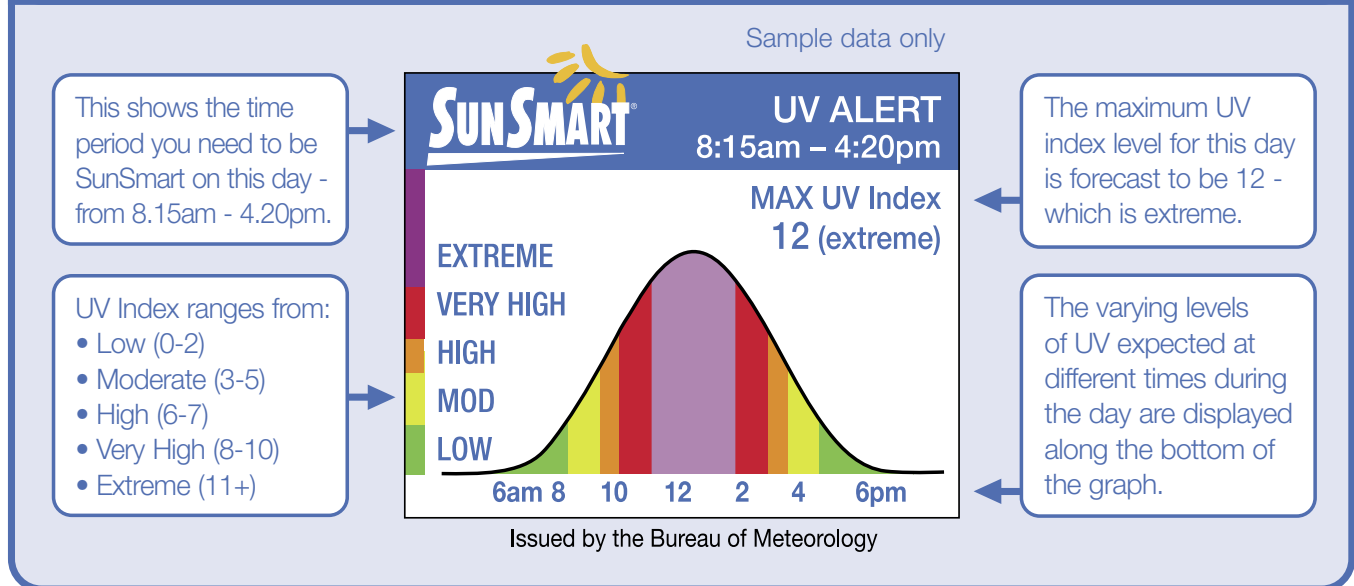


Bild 3: SunSmarts UV Alert

Danmark som har en hög "cost-to-population" för hudcancerbehandling. Både Craig Sinclair och hälsoekonomen Louisa Gordon, forskare på Griffith University i Queensland, har kunnat visa att hudcancerprevention är mycket kostnadseffektivt. I delar av Australien kunde man konstatera att man får tillbaka 2–3 dollar för varje dollar investerad. Konferensen bjöd också på det senaste inom solskyddskampanjer i media. Den klassiska australiensiska slogan som lyder "Slip, slop, slap..." (se bild 1) används fortfarande, men det fanns också exempel på nytänkande kampanjer som "Sun mum" för ungdomar (se bild 2) och "Improve your long game" för golfspelare äldre herrar som tillbringar mycket tid i solen.

UV och ny teknik

Konferensprogrammet var också brett när det gäller forskning om UV-strålning. Med tanke på att mitokondriell DNA-skada har visat sig vara en pålitlig och känslig biomarkör för UV-exponering blir nästa fråga vilken del av UV-strålningen som är mest skadlig? Dessutom är skadade mitokondrier förknippade med både åldrandet och hudcancer. Mark Birch Machin, professor i molekylär dermatologi i Newcastle, Storbritannien, presenterade en studie där man för första gången har tittat på verkningsspektrum för strålningsinducerad mitokondriell DNA-skada i humana hudceller.

Han använde olika UV-källor, var och en med en unik spektral utgång som gjorde att hela UVA- och UVB-våglängder användes. Dessa källor användes för att individuellt bestråla fibroblaster och keratinocyter med ökande doser. En kvantitativ, lång, realtids-PCR användes sedan för att amplifiera ett 11kb segment av det mitokondriella genomet för att bedöma DNA-skada. Birch Machin kunde påvisa att det mesta av skadeverkningarna uppträdde med kortare våglängder. Det fanns också en signifikant större känslighet för mitokondriell DNA-skada i keratinocyter jämfört med fibroblaster, vilket indikerade en nivåskillnad i huden.

Det presenterades också kring upprättandet av kvalitetsstandarder för UV-skydd, något som varit viktigt med tanke på de höga nivåerna av sol i Australien och en befolkning som är mottaglig för solbränna och hudcancer. Australien har fyra standarder för klassificering av skydd mot ultraviolet solstrålning, nämligen solglasögon, solskyddsmedel, solskyddskläder och, mer nyttillkommen, en standard för skyddande textilier i allmänhet. Det presenterades också en lång rad nya tekniska metoder för att hjälpa människor att inse hur stark solen är vid ett specifikt tillfälle, t.ex. lättnärliga elektroniska dosimeters, UV-appar till smartphones, skyltar med realtids-UV index på motorvägen och SunSmarts UV Alert (se bild 3). I Sverige

finns sedan tidigare Strålsäkerhetsmyndighetens app "Min soltid".

D-vitamin

Alla konferenser om UV och hudcancer avhandlar D-vitamin, och detta möte var inget undantag. Det diskuterades bl.a. ett antal studier som undersökt effekten av exponering för UV-strålning på serum-25 (OH) D-koncentration. Man har försökt att identifiera en optimal dos av exponering för UV-strålning. Tyvärr har majoriteten av studierna varit små, ett brett utbud av studiedesigner har använts, UV-strålningsspektrumet och levererad dos har varit mycket varierande och olika analyser har använts för mätning av 25 (OH) D. På grundval av allt detta kan än så länge ingen slutsats dras om den optimala dosen av UV-strålning för att få tillräckligt höga vitamin D-nivåer.

Hudcancerscreening i Tyskland

I Tyskland pågår sedan 2003 ett populationsbaserat screeningprogram för hudcancer som är inkluderat i den allmänna sjukförsäkringen. Programmet innebär att hela befolkningen >20 år informeras via massmedia om att de kan få en helkroppsinsektion utförd av sin husläkare eller dermatolog. Initiala studier visade effekt i form av en dramatisk sänkning av melanom mortaliteten med 48%. På konferensen i Melbourne talade Mathieu Boniol, International

Prevention Research Institute i Lyon, Frankrike om ämnet. Han stöttades av många internationella röster i sin slutsats att sänkningen inte berodde på screeningen. Han menade bl.a. att sänkningen kom för snabbt efter starten, normalt sett tar det 5–7 år innan effekten av ett screeningprogram sänker mortaliteten. Dessutom hade programmet bara ett deltagande på 19% av befolkningen, vilket inte stod i paritet till en så kraftig sänkning av mortaliteten. Förklaringen kan vara en bias gällande döds-certifikat, som utfärdades av samma husläkare som hade ett ekonomiskt incitament att fortsätta genomföra helkroppsinsektioner på patienter. Dessutom har melanommortaliteten nu ökat igen och den initiala sänkningen verkar ha varit ett tillfälligt fenomen.

Solarieförbud

Solarier var ett hot topic, med tanke på att alla sex australiensiska stater sedan 1 januari 2016 infört ett totalförbud mot alla kommersiella artificiella solarier. I Skandinaviens länder finns olika lagstiftningar. I Norge finns ett förbud för solarier hos unga under 18 år sedan 2012.

I Danmark finns det inget förbud men de har ändå lyckats sänka andelen 15 till 25-åringar som använder solarier från 41% till 9% mellan åren 2008–2013 med hjälp av lyckade anti-solariekampanjer. Liknande kampanjer vore något att ta efter i Sverige, där vi också väntar på att ett lagförslag ska gå igenom gällande 18-årsgräns. Förordningsändringarna väntades

träda i kraft 1 januari 2016, men verkar tyvärr ha fördröjts.

Vi avslutar med ett citat som vi önskar att svenska sjukvårdspolitiker lyssnar noga på:

"An ounce of prevention is worth a pound of cure" – Benjamin Franklin



Magdalena Claeson
Hudkliniken Sahlgrenska, Göteborg



Ada Girnita
Hudkliniken Karolinska, Stockholm

Stipendium – Diagnostiskt Centrum Hud

Diagnostiskt Centrum Hud utlyser för andra gången (2016) två stipendier à 25 000:- avsedda att stimulera till vidareutbildning. Stipendiet kan till exempel användas för en kurs, studieresa eller auskultation och ska leda till att en ST-läkare eller nybliven specialist (<1 år efter specialistexamen vid tidpunkten för ansökan) kan utvecklas vidare, antingen bredda eller fördjupa sin kompetens. Sökanden skall vara medlemmar i SSDV. Det kan vara inom så vitt skilda kompetensområden som hudkirurgi, ledarskap, systemsjukdomar, dermatoskopi, etc. Med din ansökan får du motivera varför just du bör få stipendiet och på vilket sätt den tänkta vidareutbildningen kommer att leda till kompetensutveckling.

DIN ANSÖKAN SKA INNEHÅLLA:

- CV, inklusive person- och kontaktuppgifter, arbetsgivare och arbetsplats.
- Motivering varför du ska tilldelas stipendiet.
- Vad stipendiet ska användas till och hur den tänkta aktiviteten kommer till nytta.
- Ekonomisk beräkning för aktiviteten.
- Godkännande från huvudman om beviljad ledighet för den aktivitet man ansöker om att vara med på.

SÅ BEHANDLAS DIN ANSÖKAN:

Inkomna ansökningar behandlas konfidentiellt och registreras och bereds av en stipendiekommitté bestående av representanter från SSDV:s styrelse och Diagnostiskt Centrum Hud. Ansökans kvalitet bedöms både avseende motiveringen varför den sökande ska få stipendiet och syftet med den tänkta aktiviteten. Beslutet kan inte överklagas. Utdelningen av stipendier baserar sig på inkomna ansökningar och tillkännages på SSDV:s hemsida 2 december. Sista ansökningsdag är 16 oktober. Stipendiemedel betalas ut till stipendiatens huvudman.

VILLKOR:

Stipendiemottagaren förbinder sig att uppfylla vissa villkor i samband med att stipendiebeloppet tas emot:

- Att inom två månader efter avslutad aktivitet redovisa utlägg.
- Att inom tre månader efter avslutad aktivitet skriva en rapport som kan publiceras som en artikel i "Dermatologi & Venereologi".

Sista ansökningsdag är 16 oktober 2016. Ansökan skickas till anne.wetter@dchud.se.

Annons

Eksemfilm

– effektivt stöd i utbildning av patienter

Till Sachsska barn- och ungdomssjukhusets hudmottagning remitteras många barn med svåra eksem för att få individuell behandling och undervisning. Hudteamet har även skapat informativa kortfilmer på webben i syfte att öka kunskapen och optimera behandlingen av eksem.

Det är strax efter lunch när specialistsjuksköterskan Annette Gromell möter mig i huvudentrén på Södersjukhuset.

Sedan 1986 arbetar hon på Sachsska barn- och ungdomssjukhusets öppenvårdsmottagning, som numera ligger insprängd i Södersjukhusets lokaler.

Hit kommer varje år cirka 1 350 barn med olika hudsjukdomar, medfödda hudföränd-

ringar, utslag och eksem; de flesta på remiss från vårdcentraler, BVC, barnmottagningar och specialistmottagningar.

– Sedan många år har vi en unik teamverksamhet där barnläkare, hudläkare och barnsjuksköterska träffas tillsammans med patienter med olika hudsjukdomar. Barn med eksem remitteras i regel direkt till vår specifika sjuksköterskemottagning där de får individuell bedömning, behandling och undervisning, säger Annette Gromell.

Det första besöket tar i regel en timme och avslutas med ett behandlingsmeddelande som barnet och familjen får med sig. Det görs även uppföljningar vid behov. Föräldrar med barn som är patienter på mottagningen kan också

ringa och samtala med en barnsjuksköterska om sina tankar och funderingar.

– Man ska inte behöva vänta i tre veckor för att få hjälp. Tack var det här sättet att jobba kan vi snabbt och enkelt erbjuda barn med familjer stöttning och hjälp till läkare vid behov.

Eksemfilm

Tillsammans med kollegorna, specialistsjuksköterskorna Susanne Lundin och Matilda Wärnelid samt Natalia Ballardini, barnallergolog, forskare och enhetsansvarig vid hudmottagningen på Sachsska barnsjukhuset har Hudteamet skapat webbaserade kortfilmer om behandling av eksem. Filmerna används som ett stöd i undervisningen av barn med eksem



Annette Gromell och Susanne Lundin, barnsjuksköterskor på hudmottagningen, Sachsska barn och ungdomssjukhuset på SÖS.

Foto: Eva Nordin

och deras föräldrar. De består av sju delar och tar upp ämnen som behandling med krämer, smörjteknik, klåda, försämrande faktorer och förebyggande åtgärder.

– Vi är stolta över våra filmer som är ett bra komplement till den undervisning som vi annars erbjuder till barn med eksem och deras föräldrar. Vår erfarenhet är att det krävs upprepning av den kunskap vi förmedlar. Hur mycket vi än informerar och samverkar med familjerna så kan kommunikationsmissar ändå uppstå. Och då finns filmerna som ett viktigt komplement, säger Annette Gromell.

Ungefär var femte barn drabbas av eksem. Barneksem är ärftligt och ofta har någon i familjen eksem, astma eller allergi. Det är också vanligare med eksem i vårt land med kall och torr luft.

För barn som drabbas av eksem kan det vara jobbigt ur olika aspekter. Huden måste smörjas regelbundet och många får besvär av klåda som i värsta fall påverkar sömnen och kan vara nog så besvärligt för såväl barnet som föräldrarna.

– Det krävs tid, tålmod och bra krämer för att uppnå en bra behandling. Men det är inte säkert att det räcker. Ibland blir det inte bra hur man än försöker och då kan det behövas extra stöd för att komma vidare, säger Susanne Lundin.

Många föräldrar frågar sig varför inte eksem blir bättre, trots att man smörjer barnets eksem varje dag och följer behandlingsråden. Men, menar Susanne Lundin, det är inte säkert att föräldrar vet hur krämerna ska användas.

– Lika viktigt som att krämen är av rätt

styrka, så är smörjtekniken viktig. Sedan har vi barn med riktigt svåra eksem där föräldrar har gjort allt rätt, men det blir ändå inte bra. Då brukar vi diskutera patienten i teamet för att se om annan behandling kan vara aktuell. Ibland kan vi behöva kontakta andra kompetenser som är knutna till teamet som kurator, barnpsykiater, dietist och barnallergolog.

Nära samverkan

Tidigare under dagen har Annette Gromell träffat ett litet barn på åtta månader som remitterats till sjuksköterskemottagningen med ett misstänkt besvärligt ansiktseksem. Men vid närmare undersökning visade det sig att det troligtvis rörde sig om en annan hudåkomma.

– Vi ställer inte diagnos, men eftersom vi har både barnläkare och hudläkare i teamet kan barnet snabbt få en läkarbedömning.

Både Annette Gromell, Matilda Wärnelid och Susanne Lundin är utbildade i motiverande samtal (MI). Det är en effektiv metod och ett bra arbetsverktyg för att involvera patienter i vård och behandling. Motiverande samtal tar avstamp i psykologen Carl Rogers teori om samtalsledarens roll i det personcentrerade samtalet.

– Jag tycker att det är en bra metod och jag har nog förändrat mitt sätt att kommunicera utifrån den modellen. Det spelar ju ingen roll hur mycket vi än informerar om det inte finns en mottagare. Det gäller att ställa öppna frågor och stämna av med föräldrarna att de verkligen har förstått och tagit till sig det vi pratat om. Detta gäller särskilt tonåringar som kan

vara otåliga och motvilliga till att följa behandling, säger Annette Gromell.

Viktigt ventilera oro

Hos vissa kan det också finnas en oro och rädsla för att exempelvis använda kortisonkrämer. Till hudmottagningen kommer ibland familjer med barn som varit på en vårdcentral och fått rådet att smörja huden med en stark kortisonkräm i några dagar. Men när eksemet kommer tillbaka blir de uppgivna och ledsna över att behandlingen inte hjälpte.

– Det är viktigt att fråga föräldrarna vad de tycker om kortison i samband med ordination, vilket ger dem möjlighet att tala om sin oro, det leder till en bra diskussion och det är lättare att motivera behandlingen, oftast kommer vi då överens om en behandling som sedan följs upp. Tyvärr ges ibland felaktiga råd. Eksem är en kronisk sjukdom som man måste lära sig att leva med. För många krävs en längre tids behandling och därefter underhållsbehandling, trots att huden är fin. Styrkan med vår mottagning är att vi har tid för samtal och undervisning, och även för uppföljning och stöd i vardagen om så behövs, säger Susanne Lundin.

Eva Nordin
Journalist

Fotnot:

Utbildningsfilmerna om eksem hittar du på Sächsska barn- och ungdomssjukhusets allergi/lung/hudmottagning

SSDV utlyser forskningsstipendium inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi:s forskningsstipendium har instiftats, med stöd av Novartis Sverige AB, i syfte att stödja svensk forskning inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar. Stipendiet delas ut i samband med SSDV:s vårmöte då också mottagaren av stipendiet uppmuntras hålla en kort presentation om sitt forskningsprojekt.

Vem kan söka?

SSDV:s medlemmar verksamma i forskningsprojekt som syftar till förbättrad vård och behandling eller ökad förståelse kring kroniska inflammatoriska hudsjukdomar.

Stipendiets storlek: 100 000 kronor

Ansökan

Ansökan ska innehålla en projektbeskrivning på maximalt 3 sidor med

syfte, mål, relevans, projektplan (inklusive tidsplan och budget), samt CV med publikationslista. Stipendiet är inte avsett för finansiering av resor till kongresser, etc.

Ansökan skickas till:

SSDV:s kansli: Agneta Andersson E-mail: info@ssdv.se

SSDV tillhanda senast 18 mars 2016.

Beslutskommittén

I beslutskommittén ingår docent John Paoli (SSDV:s ordförande), professor Magnus Lindberg och professor Ann-Marie Wennberg.

Beslut om stipendiat tas senast den 1 april. Stipendiet delas ut i samband med SSDV:s årsmöte den 26 maj 2016 i Uppsala. Efter beslut om stipendiat kommer Novartis att få ta del av ansökningarna.

Annons

Dermatoskopi Quiz 1

Fall:

47-årig kvinna inkommer på egenremiss på grund av en 9x4 mm förändring på vänster kind. Förändringen har funnits i flera år, men hon har noterat att den har blivit mer blåaktig över sommarn. Hon är tidigare hudfrisk och tar inga läkemedel. Ingen hereditet för hudcancer.

Makroskopiskt och dermatoskopiskt (opolariserat ljus) ser den ut som på bilderna nedan.

Kan du ställa en diagnos?

Skicka ditt svar till: william.troensegaard@skane.se

De som kommer in med rätt svar får sitt namn publicerat i nästa nummer av tidningen.

Maila in ditt svar senast

25 januari 2016



SPIRA stipendium

För tredje året i rad har AbbVie i samarbete med SSDV glädjen att dela ut SPIRA-stipendiet, för vårdutvecklande insatser inom vården av patienter med psoriasis och hidradenitis suppurativa. Syftet med stipendiet – som delas ut till 1–3 praktiserande dermatologer, ST-läkare eller sjuksköterskor inom dermatologi med medlemskap i SSDV för deras individuella prestationer – är att främja och belöna insatser som förbättrar vården för personer som lever med psoriasis eller hidradenitis suppurativa.

Projektet eller studien kan handla om t.ex. uppföljning av behandlingsmål, utvärdering av behandling, utveckling av verktyg för screening av samsjukligheter eller studier kring dessa sjukdomar i allmänhet. Fokus ligger

på att stärka de personer som har möjlighet att påverka och utveckla vården och skapa de bästa förutsättningarna för dessa patienter, idag eller inom en snar framtid.

Ladda ner information om hur du ansöker via SSDV:s hemsida:

http://ssdv.se/images/SpiraFolder_Ansokan_2016_LR.pdf

Sista ansökningsdag är den **15 mars 2016**.

Den totala stipendiesumman på 150 000 kronor kommer att delas ut vid SSDV:s vårmöte 2016 i Uppsala.



Dermatoskopi Quiz 2

Här kommer ännu ett intressant dermatoskopifall att klura på. Om ni tror att ni kan diagnosen får ni gärna maila mig era förslag till john.paoli@vgregion.se. Facit får ni i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de duktiga dermatoskopister som klarar denna quiz.

Fall:

Denna kvinna född -78 sökte för en allmän prickkontroll. Strax nedom BH-bandet sågs denna upphöjda lesion som ibland råkade ut för skav. Den hade funnits lite över ett år och hade blött vid något tillfälle. Vad är er diagnos?

John Paoli
Överläkare, docent
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Maila in ditt svar senast
30 mars 2016



Ursäkta!

I nr 4 2015 publicerades en artikel om varför hudkliniker skall använda svenska basserien för utredning av misstänkt kontaktallergi. Artikeln bygger på en intervju med Mihály Matura, som vill be om ursäkt om texten skulle peka ut privatpraktiserande läkare som grupp som gör sämre jobb. Det var definitivt inte meningen. Veldig många privatpraktiserande läkare gör inte bara ett högst kvalificerat arbete generellt, utan gör det även med kontaktallergitred-

ningar. Målet var att slå ett slag för 2 avläsningar, användningen av hela basserien samt att uppmärksamma skillnader mellan TRUE test/ Mekos-test och konventionella lapptester.

Mihály Matura
Enhetschef, överläkare
Centrum för arbets- och miljömedicin
Stockholms Läns Landsting



Dermatoskopi Quiz – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 4-2015

I förra numret av Dermatologi & Venereologi presenterade jag nedanstående fall. Stort tack till alla som skickade mig deras diagnosförslag. En stor applåd till **Taklif Tahereh** på Geelong Dermatology, St. Vincent Hospital i Melbourne och till **MariHelen Sandström Falk** på Hudkliniken, Carlanderska sjukhuset i Göteborg som hade korrekt svar på fallet.

Facit:

Denna 38-åriga kvinna med utbredd vitiligo sökte för kontroll av sina "prickar". Vid helkroppundersökning noterades multipla små, lätt upphöjda, ljusbruna hudförändringar på insidan av höger överarm. Tidigare hade dessa lesioner varit hudfärgade men nu hade de blivit mörkare. Kliniskt påminde lesionerna om

små seborrhoiska keratoser. Dermatoskopiskt var dessa dock ovanligt pigmenterade som om externt pigment hade fastnat i lesionerna. Vid mer noggrann anamnes visade det sig att patienten hade använt en kräm med dihydroxy-aceton ("brun-utan-sol") som förklarade pigmenteringen!

John Paoli

Överläkare, docent
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



SSDV:s Pedagogiska pris

Mats Bjellerup har av SSDV:s styrelse tilldelats 2016 års Pedagogiska pris. Detta kommer att utdelas vid SSDV:s årsmöte i Uppsala 2016.

Av de fyra inkomna nomineringarna valdes Mats Bjellerup och nomineringen som kom från läkarna på Hudkliniken i Helsingborg löd:

"Vi vill nominera Mats Bjellerup till SSDV:s pedagogiska pris. Han har genom hela sin yrkesgörning med ousinlig entusiasm ägnat sig åt undervisning. Mats delar med sig av sitt stora kun-

nande i det dagliga arbetet, genom föreläsningar på lokal och riksplanet och genom sina uppskattade böcker. Han har en förmåga att förmedla sin kunskap på ett välstrukturerat sätt och genomlyrat av sin ständigt närvarande humor. Mats skapar entusiasm för dermatologi och vi tycker att det vore fint om SSDV ville förära Mats SSDV:s pedagogiska pris."

Grattis Mats Bjellerup!



Dermatologi Quiz – lösning

Britta Krynitz, patolog och hudläkare på KI, var den första som inkom med rätt förslag på diagnosen. Utöver det kom följande tre in med rätt svar: **Annika Johnsson**, Malmö/Trelleborg, **Magdalena Komuda**, Gävle och **Iara Drakensjö**, Karolinska Universitetssjukhuset

William Troensegaard

Facit:

Svampodling visade växt av Trichophyton *mentagrophytes*. Bilden stämmer således med ett relativt ovanligt tillstånd som har beskrivits som *Tinea genitalis* och som är kliniskt och histologiskt förenligt med ett Majocchi granulom.

Nyligen har 7 patientfall rapporterats från Schweiz¹ där alla hade förvärvat infektionen vid sexuell kontakt i Sydostasien. Det har tidigare rapporterats om 9 fall från Italien², men här fanns det inga uppgifter om sexuell smitta.

Vi behandlade vår patient med tablett Lamisil 250 mg dagligen i 3 månader. Efter cirka 4 veckor noterade man tydlig läkningstendens och efter 3 månader kvarstod det endast fibros och ärrbildning i området. Som ett observation sågs initialt en kraftig inflammatorisk uppblossning av hela området kring dag 4 vilket även har beskrivits från fallen i Schweiz¹. I ett fall hade man bra effekt av tilläggsbehandling med Prednisolon under de första två veckorna.

Vi rekommenderar att man överväger möjligheten till sexuellt överförbar dermatofytos hos patienter med diagnostiskt oförklarade sår i genitalregionen och att behandling inleds snabbast möjligt för att minska ärrbildning.



- 1 Sex Transm Infect. 2015 Nov;91(7):493-6. doi: 10.1136/sextrans-2015-052036. Epub 2015 Jun 12. **Tinea genitalis: a new entity of sexually transmitted infection? Case series and review of the literature.** Luchsinger I¹, Bosshard PP², Kasper RS², Reinhardt D¹, Lautenschlager S¹
- 2 Mycoses. 2005 May;48(3):202-4. **Nine male cases of tinea genitalis.** Romano C¹, Ghilardi A, Papini M.

SSDV:s styrelse 2016



Ordförande
John Paoli
(Göteborg)



Utbildningsansvarig
Oliver Seifert
(Jönköping)



ST-representant
William Troensegaard
(Lund)



Vice ordförande
Katarina Lundqvist
(Lund)



Utbildningsansvarig, suppleant
Lill-Marie Persson
(Skövde)



ST-representant, suppleant
Gustav Wikberg
(Stockholm)



Sekreterare
Virginia Zazo
(Umeå)



PDF-representant
Héléne Wolff
(Göteborg)



Venereologi-representant
Per Anders Mjörnberg
(Jönköping)



Skattmästare
Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Skövde)



PDF-representant, suppleant
Lena Holm
(Stockholm)



Venereologi-representant, suppl.
My Falk
(Örebro)



Redaktör, hemsidesansvarig
Christian Steczko Nilsson
(Örebro)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli
Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer
Mats Berg (Stockholm)
Kristofer Thorslund (Stockholm)

Revisorssuppleanter
Margareta Frohm-Nilsson (Stockholm)
Emma Belfrage (Stockholm)

Representant Svenska Läkaresällskapet
John Paoli (Göteborg)
Katarina Lundqvist (Lund), *Suppleant*

Representanter Praktikerkonsult AB
Ragnar Jonell (Göteborg)
Leif Nordin (Göteborg)

Valberedning 2016
Maria Bradley (Stockholm)
Sammankallande
Lars Arenlind (Borås)
Karin Berggård (Lund)
Oscar Zaar (Göteborg)

SSDV:s kalender 2016

**Fostering Specialist Course
in Vascular Anomalies**

2016-03-08 - 2016-03-09
Malmö, Sverige

74th Annual Meeting of AAD

2016-03-04 - 2016-03-08
Washington, USA

**EADV Specialist Course - Diagnoses and
Treatment of Vascular Malformations
and Tumours**

2016-03-08 - 2016-03-09
Malmö, Sverige

Vadstena möte i Dermatoepidemiologi

2016-03-10 - 2016-03-11
Vadstena, Sverige

1st Nordic Dermoscopy Course

2016-04-07 - 2016-04-08
Göteborg, Sverige

**Allergic contact dermatitis
- a disease with many facets and
often possible to cure**

2016-04-22
Malmö, Sverige

**33rd Nordic Congress of Dermatology
and Venereology**

2016-04-27 - 2016-04-29
Trondheim, Norge

EADV Spring Symposium

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

SSDV:s vårmöte

2016-05-25 - 2016-05-27
Uppsala, Sverige

**The International Conference
on Tropical Dermatology**

2016-08-11 - 2016-08-14
Colombo, Sri Lanka

PDF:s årsmöte

2016-08-18 - 2016-08-20
Marstrand, Sverige

**StanDerm´s 3rd training school
on occupational skin cancer (OSC)**

2016-09-05 - 2016-09-07
Modena, Italien

ST-kurs Psoriasis och Eksem

2016-09-12 - 2016-09-16
Linköping, Sverige

ST-kurs STI

2016-09-19 - 2016-09-23
Örebro, Sverige

SSDV:s Sydsvenska möte

2016-09-21
Lund, Sverige

ST-kurs Bensår

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

ST-kurs Global Dermatologi, Stockholm

2016-10-06 - 2016-10-07
Stockholm, Sverige

**ST-kurs Diagnostik och behandling
av hudtumörer**

2016-10-10 - 2016-10-14
Göteborg, Sverige

**ST-kurs Global Dermatologi
- Addis Abeba**

2016-10-10 - 2016-10-14
Addis Abeba, Etiopien

**16th World Congress of
Tele dermatology**

2016-10-14 - 2016-10-15
London, England

DASIL 5th Annual Congress

2016-10-19 - 2016-10-23
Dubai, Förenade Arabemiraten

ST-kurs i yrkes- och miljödermatologi

2016-11-07 - 2016-11-11
Malmö, Sverige

SSDV:s Sydsvenska möte

2016-11-16
Malmö, Sverige

ESMS Mohs Surgery Course 2016

2016-11-25 - 2016-11-26
Zürich, Schweiz

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

