

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 39 • 3/2024



PDF:s 50-årsjubileum och årsmöte • UV-skydd på förskolor
Karriärutvecklingsmodell för sjuksköterskor • ST-priser 2024

Annons



Svenska Sällskapet för

Dermatologi och Venereologi

SSDV:s kansli, Att: Agneta Andersson
S:t Johannesgatan 22, 753 12 Uppsala

Chefredaktör:

Petter Bengtsson
petter-bo-olof.bengtsson@regionorebrolan.se

Redaktörer:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Christian Steczko Nilsson
christian.steczko@gmail.com

Josefin Ulriksdotter
josefin.ulriksdotter@skane.se

Ansvarig utgivare:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Ordförande SSDV:

Lena Lundeberg
lena.lundeberg@ki.se

Hemsida:

ssdv.se

Produktion:

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10 C, 415 02 Göteborg
Tel 031-707 19 30

Layout:

Peo Göthesson, peo@mediahuset.se

Annonser:

Joacim Sjölander, joacim@mediahuset.se

Tryck:

Carlshamns Tryck & Media AB
Carlshamn - Växjö - Emmaboda



Omslagsbild:

Svamp i skogen.

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.....	3
SSDV:s ST-representant har ordet.....	4
Bra bildkällor på mörk hud.....	6
Karriärutvecklingsmodell för sjuksköterskor.....	7
Internationellt möte om hudlymfom.....	12
Randning i Valencia.....	15
PDF:s 50-årsjubileum och årsmöte.....	19
Behandlingsrekommendationer vid genitala dermatoser.....	31
SSDV:s ST-pris för bästa kvalitetsarbete.....	39
SSDV:s ST-pris för bästa vetenskapliga arbete.....	40
UV-skydd på förskolor i Gävle kommun.....	43
Reflektioner från EADV Spring Symposium 2024.....	47
Dermatoskopiquiz.....	51
Dermatoskopiquiz - Lösning.....	52
SSDV:s styrelse.....	55
SSDV:s kalender.....	56

Det finns bara dåliga kläder?

Det låg kanske i luften men regnet denna morgon kom ändå som en överraskning. Inte så imponerande i sig men varje droppe var märkligt välfyllt och genomträngande, och snart kunde fukten kännas in på huden. Jag bet ihop, svor mellan tänderna och trampade på mot jobbet. Harmsen och genomvåt, fångade tankarna snabbt upp ett gammalt förtretligt ordspråk: *Det finns inget dåligt väder, bara dåliga kläder*. Hur många gånger har man inte hört eller känt det förut? Från tidig barndom och fram till nu. Samma situation i olika tappningar. Och för min del nästan alltid lika provocerande, av flera anledningar.

För det första saknar uttrycket poäng. Själva andemeningen – att kläderna inte är lämpliga för vädret – är i och för sig okontroversiell men i stunden självklar och väldigt sällan något man behöver bli upplyst om. För det andra, vem har bestämt att det inte finns dåligt väder? För det tredje är lärdomen mycket begränsad, d.v.s. man vet redan vad man skulle gjort annorlunda om det hade gått att förutse vädret (som oftast är en prognos). För det fjärde, man blir skuldbelagd. För det femte, det är i grunden två olika och oberoende faktorer. Vädret kan vara dåligt även med dåliga kläder.

Och så kommer vi slutligen till det som nog irriterar mig mest. Det inneboende och svårundvikliga tonfallet. Oavsett bakgrundshistorien kan jag inte tänka mig annat än att den som först myntade uttrycket, självklart en

person för dagen väl rustad för den aktuella väderleken, sagt det i ett förnumstigt och uppfordrande tonfall och med ett diskret och nöjt leende på läpparna. Kanske med en nypa skadeglädje till och med. Prova själva. Det går inte att säga utan ett styng av dessa undertoner.

I detta nummer

Höstnumret av D&V är välfyllt. Referat från PDF:s 50-årsjubileum och årsmöte, presentationer av bästa vetenskapliga och kvalitetsarbete under ST samt de sista avsnitten av de nya behandlingsrekommendationerna vid genitala dermatoser. Och mycket annat. Sist men inte minst, nya Quiz!



Christian Steczko Nilsson

Redaktör

christian.steczko@gmail.com



Annons

Flera viktiga frågor under hösten

Jag har precis kommit hem från en fantastisk septembervecka på västkusten. Jag har badat och upplevt mared. En liten ekorrhälsfamilj hade flyttat in under taket, gulligt men kanske inte så bra.

Den nya styrelsen har också hunnit med sitt första möte. Vi är en blandning av gammalt och nytt som jag tror kommer att trivas ihop och vi har alltid Agneta Andersson som håller reda på oss.

Det finns flera viktiga frågor denna höst. SSDV kommer tillsätta en arbetsgrupp för att jobba med frågan Kloka kliniska val, ett ämne man kan läsa mer om på sls.se/kkv. Nationell högspecialiserad vård (NHV) för svåra hudsymtom startade första juli och mer om detta finns på Socialstyrelsens hemsida. Fem regioner deltar men tyvärr inga norr om Uppsala. Vi får hjälpas åt och det finns en särskild remissmall att nyttja för dessa patienter.

Vårdval specialiserad hudsjukvård avvecklas och ersätts med upphandling inom Region Stockholm. Beslutet togs 27 augusti. Förändringen väntas leda till en mer behovsstyrd vård och bättre geografisk spridning av mottagningarna i länet. Vi hoppas att detta också ska ha betydelse för hudsjukvården nationellt.

På vårt årsmöte i Örebro beslutades att Mediahuset kommer att hjälpa till med SSDV:s hemsida på samma sätt som med D&V. Hemsidan kommer att få ett modernare snitt och annonser på ett lämpligt sätt och det här kan vara genomfört efter årsskiftet.



Lena Lundeberg
Ordförande SSDV
Överläkare, Hudkliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset



Att tenta eller inte tenta

Europeiska tentamen i dermatovenereologi skrivs 4 oktober. Jag funderade ett tag på om jag skulle ta mig an att skriva den. På min mentala lista på argument för och emot fanns en avgörande faktor – diskrepansen i att både som SSDV:s ST-representant och medlem i utbildningsgruppen ha jobbat med frågor kring både eventuell svensk examen och hur man ska få fler att skriva EU-tentan (eller brittiska tentan) och att själv sedan inte skriva tentan. Bara att bita i det sura äpplet.

För ST-läkare som inte riskerar att verka öppet skenheliga finns andra faktorer som avgör. Låt oss börja med fördelarna med att skriva tentamen. Du får betald inläsningstid från arbetsgivaren. På hudmottagningen Skånes Universitetssjukhus Lund där jag jobbar får man fyra veckors avsatt arbetstid. Visst att det kläms in lite mottagningar här och där och det kanske finns mycket annat (forskning, administration, möten, klinikdag, att skriva "ST-representanten har ordet" o.s.v.) som gnager på denna fyraveckors buffé av förkovring tills det som är kvar mer kan liknas vid en lunchservering efter att ryska bodybuildinglandslaget tagit för sig. Oavsett är denna tid en enorm lyx då vi som ST-läkare har möjligheten att på betald arbetstid få fylla i många av de luckor som finns i de dermatologiska kunskaperna. Redan några veckor innan tentan känner jag att jag börjar få ett bättre helhetsgrepp om vår specialitet. Det är synnerligen synd att inte alla ST-läkare får eller tar chansen till denna teoretiska utveckling när de allra flesta aldrig mer kommer att få en sådan möjlighet. När SSDV dessutom står för anmälningsavgiften för tentan och man även kan skriva den på distans hade man trott att det var ett självklart val för de många att skriva tentan.

Nackdelarna då? Egentligen inte en nackdel, utan bara en svag fördel är det ljumma intresset för om man gjort tentan eller inte. Ett inramat diplom på kontorsväggen förgyller ens morgnar i paritet med en kopp koffeinfritt snabbkaffe och en avklarad tenta ger i dagsläget inte mycket konkreta fördelar i Sverige: ingen löneförhöjning, ingen BÖL-titel, inga nya jobb-möjligheter och ingen som bjuder på tårta.

De riktiga nackdelarna då? Själv känner jag att risken är överhängande att jag inte kommer att klara tentan om jag inte lägger mer tid på att plugga än de knappa fyra veckor jag fått avsatt. Att kugga tentan är inget sertralin direkt och därför blir det naturligt för många att lägga kvällar, helger och semestrar på plugg. Personligen pluggade jag inte mer på semestern än vad min sovande dotter i

bärsele tillät. För när det kommer till kritan, värdesätter jag inramade bilder som jag tagit på vår dotters första sommar mer än ett inramat diplom. Med det sagt finns det personer som har bättre tidsplaneringsförmåga eller koll på livet generellt sett som säkert får plugg på fritiden att fungera fint. Den största rädslan med att inte klara tentan är nog vad andra ska tycka om en efteråt. Kommer mina kollegor att tycka att jag är en sämre, slappare dermatolog än de trodde innan? Min handledare, kommer hon att ifrågasättas? Kanske det kan tolkas som positivt att jag skulle bli av med mitt "imposter-syndrome" då det till slut uppdagas att jag inte är så kunnig som jag ibland lyckas ge skenet av. Då är det kanske lika bra att inte bara kliniken vet om att jag ska skriva tentan, utan även D&V:s läsare runtom i landet.

Jag hoppas att ni inte låter rädslor och social ångslighet styra ert val om att skriva tentan eller era andra val i livet. Godkänd tenta eller ej är det bra om både ni och eventuella kollegor inser att alla som avsätter några veckor för inläsning kommer att vara kunnigare dermatologer än innan och det är det viktigaste. Om vi ses senare i höst och ni frågar hur tentan gick kanske jag svarar: Det spelar ingen roll, men jag lärde mig massor och jag är glad att gjorde den.

Ses på ST-mötet i 21–22 oktober i Västerås!



Teo Helkkula

ST-representant

ST-läkare, Hudkliniken,
Skånes universitetssjukhus, Lund

ST-
M
Ö
T
E

Västerås

21–22 oktober

Annons

Bra bildkällor på internet för bilder på mörk hud att använda i undervisning

Enligt ett vanligt och sedan några år mer uppmärksammat problem med dermatologiskt undervisningsmaterial är underrepresentationen av mörk hud, vilket inte gör det representativt för vår befolkning. De senaste åren har många dock blivit bättre på att inkludera bilder på hudtillstånd i både ljus och mörk hud. För att förenkla detta vill jag tipsa om bra bildkällor på internet som tillåter användning av bilder i icke-kommersiellt syfte.

Dermatology Atlas

Brasiliansk dermatologisk atlas med över 12 000 bilder. Uppdateras ofta.
<http://www.atlasdermatologico.com.br/index.jsf>

Dermnet NZ

<https://dermnetnz.org/>

Global Skin Atlas

Utbildningshemsida från Australian Institute of Dermatology
www.globalskinatlas.com

Skin Deep

Samarbete mellan ett internationellt medicinskt utbildningsteam Don't Forget the Bubbles (DFTB) och Royal London Hospital. Bilderna innehåller både diagnos och logga men det går att be dem om bild utan diagnostext via mail, dock ej utan logga.
www.dftbskindeep.com



Amna Elyas

Specialistläkare, Hudkliniken,
 Skånes universitetssjukhus,
 Malmö



Anmäl dig till vårt nyhetsbrev!

Vill du ta del av senaste nytt inom Dermatologi & Venereologi?
 Anmäl dig till vårt nyhetsbrev genom att följa denna länk:
mediahuset.link/nyhetsbrev_DoV



Karriärutvecklingsmodell för sjuksköterskor verksamma inom hud- och könssjukvård

Verksamhetsområde Hud- och könssjukvård, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Motsvarande ST-utbildning för hudläkare har funnits i över 100 år. Dock har sjuksköterskor inte haft samma förutsättningar att vidareutbilda sig inom hud- och könssjukvård. För att erbjuda våra nuvarande och framtida sjuksköterskor en karriärväg och motivation att stanna kvar inom vår specialitet har vår klinik utarbetat en karriärutvecklingsmodell som även kan användas av andra hudkliniker.

Karriärutvecklingsmodellens syfte är att främja en arbetsmiljö där alla sjuksköterskor känner sig trygga, engagerade och motiverade att kontinuerligt utveckla sin kompetens. Genom att erbjuda möjligheter för medarbetaren att växa och ta ansvar för sin egen utveckling, strävar vi efter att skapa en miljö där kunskap och erfarenhet delas aktivt mellan kollegor.

Karriärutvecklingsmodellen har flera nivåer som beskriver utvecklingen från nybörjare till erfaren expert. Den förtydligar samband mellan kompetens, formella krav, arbetsuppgifter, ansvar och kompetensutveckling. Det finns möjlighet att utvecklas både inom och mellan nivåer. Det är verksamhetens uppdrag som avgör vilket kompetensbehov som finns.

Karriärutvecklingsmodellen är personlig och ska användas som ett underlag vid det individuella medarbetarsamtalet. Modellen utgår från sjuksköterskans egna förutsättningar, behov och mål, vilka ställs i relation till verksamhetens och enhetens förutsättningar och behov. Beslut om avancemang till en högre nivå sker främst i samband med det årliga medarbetarsamtalet men kan också initieras då sjuksköterskan uppfyller de ställda kraven på respektive nivå. Arbetsuppgifter och ansvar från tidigare nivåer följer med till efterföljande nivåer i karriärutvecklingsmodellen.

För att underlätta arbetet med karriärutvecklingsmodellen har vi på Sahlgrenska universitetssjukhuset tillsatt en ny funktion. Denna innebär att en erfaren sjuksköterska på kliniken, som är väl insatt i modellen och har utbildning inom pedagogik, undervisning, verksamhetsutveckling och forskning kommer att stödja och handleda klinikkens sjuksköterskor i deras karriärutveckling. Personen kommer även att driva en journal club för klinikkens sjuksköterskor och samordna arbetet tillsammans med verksamhetens ledningsgrupp och omvårdnadschefer.

Genom att integrera karriärutvecklingsmodellen i verksamhetens strategiska planering för kompetensförsörjning, säkerställer vi att våra medarbetare har de kunskaper och färdigheter som krävs för att möta verksamhetens behov på både kort och lång sikt.

Nedan följer exempel på arbetsuppgifter och ansvar relaterat till olika nivåer

Omvårdnadsarbete:

- Nivå 1 – Utföra omvårdnadsarbete självständigt med visst stöd vid oförutsedda händelser och vid prioriteringar
- Nivå 2 – Utföra omvårdnadsarbete självständigt, inkluderat för många att behärska oförutsedda händelser och att kunna genomföra prioriteringar
- Nivå 3 – Utföra omvårdnadsarbete självständigt, inkluderat för många att hantera och analysera oförutsedda händelser och att kunna genomföra prioriteringar både i det egna arbetet samt för mindre erfarna kollegor

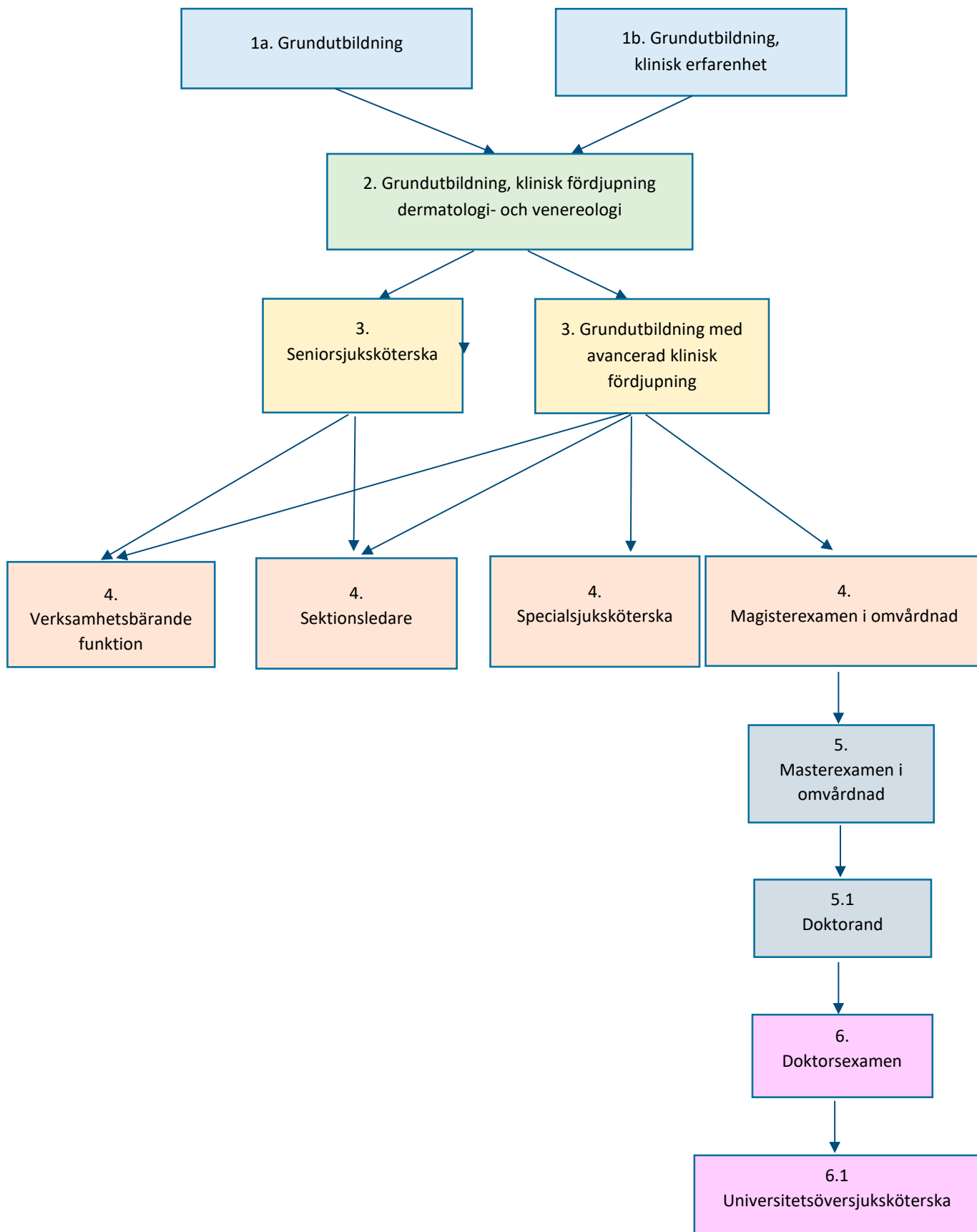
Mottagningsarbete:

- Nivå 1 – Mottagningsarbete på de vanligaste mottagningarna på kliniken exklusive specialmottagningar
- Nivå 3 – Ansvara för eller delta i arbetsgrupper för ett eller flera ansvarsområden på enheten och utbilda övriga kollegor inom ansvarsområdena (planera och leda egna sjuksköterskemottagningar)
- Nivå 4 – Ansvara för arbetsgrupper inom ett eller flera ansvarsområden på enheten och utbilda övriga kollegor inom ansvarsområdena
- Nivå 5 – Identifiera/leda/driva projekt- och/eller forskningsarbete inom verksamheten
- Nivå 6 – Möjlighet till kombinationsanställning, klinik/forskning/universitet. Fungera som en brygga mellan universitetet och sjukhuset

Formella krav:

- Nivå 1 – Legitimerad sjuksköterska med kandidatexamen i omvårdnad, med eller utan tidigare vårderfarenhet
- Nivå 4 – Arbeta som verksamhetsbärande sjuksköterska och inneha en bred erfarenhet, samt vara en god förebild och mentor för sina kollegor och stötta verksamheten med sin kliniska kompetens. Med sin helhetssyn bidrar den verksamhetsbärande sjuksköterskan till verksamhetens utveckling.
- Nivå 5 – Masterexamen i omvårdnad med inriktning hud- och könssjukvård
- Nivå 6 – Doktorsexamen i vårdvetenskap och hälsa eller medicin inriktad på hud- och könssjukvård eller annat som arbetsgivaren finner lämpligt.

Karriärutvecklingsträd



För mer ingående information om Karriärutvecklingsmodellen för sjuksköterskor och förslag på fristående kurser, kontakta Alexandra (se kontaktuppgifter nedan) eller scanna här:



Karriärutvecklingsmodell för sjuksköterskor
Hud- och könssjukvård Sahlgrenska 2023
(vgregion.se)



KUM Hud SSK Bilaga 2
Urval av kurser på avancerad nivå.pdf
(vgregion.se)



KUM Hud SSK Bilaga 1
Utbildningar i lärportalen.pdf
(vgregion.se)



KUM Hud SSK Bilaga 3
Specialsjuksköterska.pdf
(vgregion.se)

Arbetsgrupp

Alexandra Sjöholm

Sjuksköterska, doktorand
alexandra.sjoholm@vgregion.se

William Rådmark

HR-specialist

Karin Olsson

Verksamhetsutvecklare

Roumiana "Romi" Danar

Sjuksköterska, vårdenhetschef

Anette Gente Lidholm

Överläkare, PhD, verksamhetschef



Från vänster Karin Olsson, Alexandra Sjöholm, William Rådmark, Roumiana "Romi" Danar och Anette Gente Lidholm.

Annons

Annons

Internationellt möte om hudlymfom – en plattform för kunskapsutbyte och samarbete



I början av maj organiserades Nordic Cutaneous Lymphoma Group i Göteborg, ett möte av stor betydelse för dermatologer, onkologer, patologer, hematologer och sjuksköterskor från Danmark, Sverige och Finland. Med 51 deltagare blev detta möte ännu en milstolpe i strävan efter att förbättra förståelsen för och behandlingen av kutana lymfom.

Under mötet, som nu är en tradition sedan två år tillbaka, deltog experter inom ämnen som spänner över hela spektrumet av kutana lymfom för att dela de senaste rönen och diskutera behandlingsstrategier, utbildningsmöjligheter och klinisk forskning över nationsgränserna. Tillsammans strävar man efter att förbättra vården för patienter med kutana lymfom.

Kort sammanfattning över ämnen som diskuterades

– Diagnostiska utmaningar:

Att skilja kutana lymfom från andra godartade och maligna hudtillstånd är svårt. Diskussionerna fokuserade på diagnostiska kriterier, tekniker och verktyg för korrekt diagnos.

– Behandlingsstrategier:

Behandlingsstrategier varierar beroende på subtyp, stadium och individuella patientfaktorer. Deltagarna delade erfarenheter och insikter om lokala behandlingar, fototerapi, systemiska terapier och nya riktade behandlingar.

– Forskningsuppdateringar:

De senaste forskningsrönen och pågående kliniska prövningar diskuterades för att hålla deltagarna informerade om framsteg och framtida behandlingsalternativ.

– Samarbetsinitiativ:

Gemensamma insatser mellan vårdpersonal, forskare, patientföreningar och industripartner för att påskynda framsteg i förståelsen av kutana lymfom och förbättra patientutfall.

Under mötet gavs möjlighet att diskutera två gemensamma projekt: "The publication on bone marrow transplantation for CTCL" och "The publication of Dermoscopy study on CTCL patients". Dessutom föreläste professor Maarten Vermeer från Leiden University Medical Center, Nederländerna, och fördjupade våra kunskaper om den molekylära patogenesen vid kutana lymfom.

Konferensen fokuserade särskilt på forskning kring mycosis fungoides och Sézarys syndrom, med diskussioner om mikrobiomet, hudbarriärfunktion och spatial profilering av tumörmiljön. Under mötet identifierades även SAMHD1 (SAMHD1: Sterile alpha motif domain- and HD domain-containing protein 1) som en potentiell ny biomarkör för kutana lymfom och betydelsen av cGAS-STING (cyclic GMP-AMP synthase-stimulator of interferon genes) – immunsväsvägen betonades.



Deltagare från Sverige.



Deltagare, första raden från vänster: hematopatolog Anna Kwiecinska, onkolog Thomas Relander, dermatolog Emma Belfrage och dermatolog Hanna Velin.



Dermatologer: Anne Hald Rittig, Amra Osmancevic, Rikke Bech, Aska Drljevic-Nielsen och Signe Hedebo.

Sammanfattningsvis erbjöd mötet en värdefull plattform för att gynna samarbete, dela expertis och främja kunskap inom diagnostik, behandling och hantering av kutana lymfom. Tillsammans med andra specialister kunde vi diskutera utmanande fall, dela forskningsrön och utforska framväxande terapier, vilket i slutändan förbättrar patientvården och resultaten i hela Norden. Sådant tvärvetenskapligt samarbete är avgörande för att effektivt hantera komplexa sjukdomar som kutant lymfom.

Det är med stolthet och glädje som arrangörerna i Göteborg ser tillbaka på detta möte. Vi ser fram emot nästa möte i Danmark i maj 2025 och fortsatt samarbete för att göra verklig skillnad för patienter med kutana lymfom.



Karolina Wojewoda
Specialistläkare och doktorand,
Hudkliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Annons

Randning på Hospital de Manises

Hudultraljud har blivit ett viktigt verktyg inom modern dermatologi och möjliggör mer precisa diagnoser och individualiserade behandlingsbeslut. Under en längre tid har jag varit intresserad av att fördjupa mig i denna metod. I Sverige finns det inte någon stor användning av hudultraljud bland dermatologer, vilket ledde till att jag sökte denna specifika utbildning utomlands.

Flera av mina specialistkollegor rekommenderade att jag skulle söka ett stipendium för att kunna få denna utbildning på en klinik med specialkompetens. Jag sökte därför SSDV:s Fortbildningsstipendium och till min förvåning var jag en av de utvalda. Detta gjorde det möjligt för mig att genomföra en randning vid den dermatologiska avdelningen på det spanska sjukhuset Hospital de Manises under mars månad, med huvudmålet att lära mig hudultraljud och tillämpa det i klinisk praxis i Örebro.

Hospital de Manises ligger i Valencia och är ett modernt universitetssjukhus som erbjuder ett brett utbud av medicinska och kirurgiska kompetenser. Med avancerad infrastruktur och ett team av högkvalificerade kollegor utmärker sig sjukhuset genom fokus på innovation och vårdkvalitet. Deras dermatologiska avdelning är särskilt känd för att integrera hudultraljud i klinisk praxis och för sin hantering av hidradenitis suppurativa (HS), där de erbjuder multidisciplinär vård och individualiserad behandling. Avdelningen bedriver också betydande forskning inom framför allt HS.

Randning mål

Inför denna randning satte jag upp följande mål:

- Lära mig de grundläggande principerna för hudultraljud.
- Förvärva kunskaper och färdigheter för grundläggande användning av hudultraljud.
- Kunna bedöma grundläggande hudsjukdomar med hjälp av ultraljud.
- Lära mig att integrera ultraljud som en ytterligare metod i det dagliga kliniska arbetet på en hudklinik.

Även om det inte var ett huvudmål strävade jag också efter att få en förståelse för organisationen och verksamheten av en dermatologisk klinik på ett sjukhus i ett annat land.

Hudkliniken på Hospital de Manises

På hudkliniken arbetar åtta specialistläkare och en sjuksköterska. Avdelningen har även två "data-managers" som stöd för forskningen.

Bland läkarna är Dr. Antonio Martorell Calatayud internationellt erkänd för sin expertis och forskning om HS och hudultraljud. Han har publicerat ett stort antal artiklar inom ämnet och är aktivt engagerad inom forskning i området. Han är ansvarig för HS på sjukhuset och kliniken tar emot patienter med tillståndet från andra länder. Under min rotationsmånad såg jag patienter med mycket komplex klinisk bild som remitterats från bland annat Portugal för bedömning och behandling av Dr. Martorell.



Laura Tejeda Balanzá

Organisation av mottagningarna

Under min randning fick jag inblick i hur hudklinikens mottagningar var organiserade. Till min förvåning var det mycket likt min klinik i Örebro, vilket underlättade min anpassning och gjorde att jag kunde dra största möjliga nytta av erfarenheten.

Veckorna på dermatologiavdelningen på Hospital de Manises bestod av följande vårdaktiviteter:

Mottagningar:

- **Nybesök:** Utgjordes av den initiala bedömningen av nya patienter, för en korrekt diagnos och planering av behandling och uppföljning från första kontakten.
- **Tumörmottagning:** Inriktad på diagnos och behandling av olika hudneoplasier.
- **Eksem-mottagning:** Specialiserad på hantering av de svåraste fallen av denna sjukdom.
- **Psoriasis-mottagning:** Ägnad åt behandling och uppföljning av patienter med svår psoriasis.
- **Uppföljningsmottagning:** Inriktad på övervakning och uppföljning av patienter med kroniska dermatologiska tillstånd eller de som behöver kontinuerlig vård.
- **Mottagning för hidradenitis suppurativa:** En särskild mottagning som jag berättar om i detalj nedan.

Operationsal:

- **Kirurgisk verksamhet:** Inriktad på dermatologiska kirurgiska ingrepp, inklusive Mohs kirurgi.

Mottagning för hidradenitis suppurativa

Särskilt intressant och väl värd att uppmärksamma var mottagningen för HS. Någon sådan mottagning har vi ännu inte på min hemklinik. Denna specifika mottagning har funnits i flera år sedan hudultraljud började användas som undersökningsmetod, vilket möjliggjorde mer exakt diagnostisering och effektivare hantering av detta kroniska inflammatoriska hudtillstånd.

Som vi vet består HS av både synliga och ej synliga strukturer vid klinisk undersökning. Det är därför hudultraljud ger en mängd värdefull information som hjälper undersökaren att få en bättre förståelse av patientens status.

Med hudultraljud kan man vid HS erhålla följande information:

- 1. Bedömning av utbredning och djup av lesioner:** Möjliggör bestämning av djupet på noduli och abscesser, samt utbredningen av de subkutana inflammatoriska lesioner som inte är synliga för blotta ögat.
- 2. Identifiering av fistlar och sinusgångar:** Ultraljud kan upptäcka närvaron av fistelgångar och subkutana sinus, som är vanliga vid HS och kanske inte uppenbara vid en klinisk undersökning.
- 3. Bedömning av inflammatorisk aktivitet:** Ger information om graden av inflammation i vävnaderna tack vare doppler, vilket hjälper till att bedöma sjukdomsaktivitet.



Bild 1. Prekirurgisk kartläggning av HS med ultraljud av det drabbade området.

- 4. Upptäckt av abscesser och cystor:** Möjliggör identifiering och avgränsning av abscesser och andra cystor, vilket underlättar planeringen av terapeutiska ingrepp som dränering eller kortisoninjektioner.
- 5. Uppföljning av behandlingsvar:** Underlättar utvärdering av medicinska eller kirurgiska behandlingar, vilket möjliggör justering av terapierna beroende på sjukdomens utveckling.
- 6. Prekirurgisk planering:** Hjälper till att planera ingrepp genom att markera drabbade områden, vilket underlättar korrekta kirurgiska åtgärder.
- 7. Skillnad mellan aktiva och ärriga lesioner:** Möjliggör differentiering mellan aktiva lesioner och ärrvävnad, vilket är avgörande för att välja den mest lämpliga behandlingen i varje fall.
- 8. Minskning av invasiva procedurer:** Genom att ge en tydlig bild av de subkutana strukturerna kan ultraljud minska behovet av invasiva diagnostiska procedurer.

Kliniken har ingen CO₂-laser och samarbetar därför med allmänkirurger för den kirurgiska behandlingen av HS. Varje patient som skulle genomgå kirurgiskt ingrepp bedömdes med ultraljud av en hudläkare några timmar före operationen (Bild 1). Dermatologen markerade preoperativt de områden som skulle opereras, för en mer exakt och effektiv intervention.



Bild 2. Kutant ultraljud för bedömning av utbredningen av ett basaliom och intilliggande strukturer.

Min randning

Jag randade i tre veckor med arbetstider måndag till fredag klockan 8.00 till 15.00. Vanligtvis var det en paus på cirka 30 minuter runt kl. 11.00.

Under denna tid hade jag möjlighet att delta i alla typer av mottagningar där jag fick utföra ultraljud på patienter som behövde det, alltid under handledning av specialistläkare (Bild 2). Förutom öppenvårdsmottagningarna deltog jag vissa dagar i bedömningen av inläggande patienter med olika hudsjukdomar, vilket utökade min erfarenhet av hanteringen av komplexa fall.

Jag fick också möjlighet att delta vid Mohs kirurgi tillsammans med Dr. Alberto Alfaro Rubio och Dr. Luís Hueso Gabriel. Denna erfarenhet var oerhört berikande eftersom den gav mig möjlighet att på nära håll observera denna högspecialiserade kirurgiska teknik och aktivt delta i planeringen och genomförandet av ingreppen (Bild 3). Den precision och noggrannhet som krävs vid Mohs kirurgi gav mig en djupare förståelse för dess betydelse vid behandling av hudtumörer.

Arbetet på kliniken var väl organiserat med stort fokus på undervisning, vilket gjorde att jag kunde koncentrera mig fullt ut på att lära mig och tillämpa mina kunskaper i dermatologi.

Sammanfattning

Jag vill avsluta med att betona hur berikande det har varit för mig att få möjlighet att randa mig på Hospital de Manises och lära mig hudultraljud från experterna där. Tack vare stödet från SSDV och det stipendium jag tilldelades kunde jag utöka mina kunskaper och färdigheter i en klinisk miljö som skiljer sig från min vanliga utbildning.

Trots de arbetsmässiga och sociala skillnaderna mellan Sverige och Spanien blev jag förvånad över hur lika vi hanterar patientvård. Detta beror till stor del på de europeiska kliniska riktlinjerna, som fastställer gemensamma standarder och säkerställer vård av hög kvalitet i alla EU-länder. Denna likhet speglar ett gemensamt engagemang för högsta medicinska kvalitet och patientens välbefinnande, bortom nationella gränser.



Bild 3. Slow Mohs kirurgi. Histopatologiskt verifierat kutant sarkom höger arm.

Mottagningen för HS gjorde särskilt stort intryck på mig. Implementeringen av hudultraljud i denna mottagning möjliggör en multidisciplinär och mycket effektiv hantering av patienter med tillståndet. Denna erfarenhet har inte bara stärkt min diagnostiska förmåga och kunskap om behandlingsalternativ utan också gett mig inspiration till nya idéer för att förbättra vården av våra patienter i Örebro.

Jag uppskattade verkligen att få delta i Mohs kirurgi, en upplevelse som inte bara fascinerade mig för dess precision utan också berikade min dermatologiska utbildning avsevärt.

Utän tvekan har denna randning varit ett viktigt steg i min professionella utveckling som ST-läkare inom dermatovenereologi.

Stort tack till Hospital de Manises för att det tog emot mig under en månad på deras hudklinik. Tack också till min chef för att jag fick möjlighet att ägna tid åt att lära mig en ny diagnostisk metod. Och tack till SSDV för att ni ger ST-läkare möjlighet att fortsätta sin utveckling och specialisering.

Laura Tejada Balanzá

ST-läkare, Hudkliniken,
Universitetssjukhuset Örebro



Bild 4. Opererad medelhög differentierad skivepitelcancer vid örat. Vid kontroll smärtsam noduli intill operationsområde. Stark misstanke om metastas vid ultraljud.

Annons

PDF:s 50-årsjubileum och årsmöte



PDF:s årsmöte arrangerades den här gången i Stockholm, och inramades av två fullmatade dagar där senaste nytt inom olika hudrelaterade områden diskuterades. Här refereras ett urval av programpunkterna.

Privatpraktiserande Dermatologers Förening, PDF, samlar specialistläkare i dermatologi, inom såväl offentlig- som privatfinansierad vård. PDF bildades 1974 och på föreningens 50-årsjubileum i slutet av augusti träffades dermatologer från hela landet. Under två dagar hölls ett vetenskapligt program med en bredd av aktuella områden inom dermatologin, kombinerat med årsmöte och sociala inslag. Här gör vi några nedslag i det intressanta programmet.

Antioxidanter, sockerupptag och blodflöde i malignt melanom och andra tumörer

Martin Bergö är professor i molekylär medicin, prorektor och medlem i Nobelförsamlingen vid Karolinska Institutet (KI). Hans forskning om oxidativ stress och antioxidanters effekter på tumörprogression har varit banbrytande inom cancerforskning, inte minst har forskningen lett fram till ny kunskap om hudcancer.

Det hela började för tio år sedan, då hans forskargrupp studerade lungcancer och av en slump fick upp ögonen för att antioxidanter kan göra att tumörer växer snabbare – och effekten var kraftig. Forskningen fick stort genomslag, både inom professionen och hos allmänheten.

– Folk i allmänhet, och cancerpatienter i synnerhet, är benägna att ta kosttillskott – bara i Sverige köper vi preparat för flera miljarder kronor per år. Men hur man än tittar på tidigare forskning så finns det inget starkt vetenskapligt stöd för att det leder till bättre hälsa, säger Martin Bergö. Det som däremot är evidensbaserat är att både friska och sjuka människor bör fokusera på att äta en balanserad kost med mycket grönsaker och frukt.

Han understryker att de flesta människor i Sverige inte behöver kosttillskott, med undantag av gravida kvinnor, veganer och vissa som behöver extra D-vitamin på den mörka delen av året. Man behöver bara tillskott om man har brist på något och bör börja med att diskutera det med sin läkare.

Antioxidanter kan stimulera metastasering

Efter det att fynden om lungcancer gjordes har man fördjupat sig i mekanismerna bakom, och hur det fungerar i andra typer av cancer, bland annat malignt melanom. En viktig målsättning med forskningen är att skapa en bättre förståelse för de molekylära mekanismerna. Ett av de viktigaste fynden är att tillskott med antioxidanter påverkar metastasering. Antioxidanter skyddar både friska celler och cancerceller från fria radikaler.

– Antioxidanterna aktiverar ett protein som gör att cellerna tar upp mer socker och det bildas mer blodkärl – det stimulerar främst metastaseringen, men även tumörtillväxt till viss del, berättar Martin Bergö.



Martin Bergö

Han menar att forskningsresultaten är väsentlig information både för folkhälsa och prevention, och för specialistvård inom onkologi och hud, och han är mån om att tillskottsindustrin ska regleras.

– ”Egenvård” handlar om att äta hälsosamt, motionera, sola lagom och låta bli att röka – det handlar inte om tillskott, extrakt eller att boosta kroppen med olika saker, det funkar inte så, säger han med eftertryck.

Forskningen på KI har även bidragit till en ökad förståelse för hur metastasering går till. En av de viktiga mekanismerna involverar ett protein som tumörcellen själv kan aktivera. Denna kunskap kan även bidra i utvecklingen av läkemedel mot cancer. En annan viktig fråga att forska vidare inom är om höga doser antioxidanter i hudkrämer kan påverka tumorspridning.

Senaste nytt inom tropisk dermatologi

Leif Dotevall är specialist i infektionsmedicin och medicine doktor. Han är utbildad inom tropikmedicin och har arbetat som ställföreträdande smittskyddsläkare i Västra Götalandsregionen under 2008–2024. Han gav ett globalt perspektiv på aktuella sjukdomar med hudsymtom, bland annat infektioner som man till viss del saknar möjligheter att behandla och bota. De kan ge allvarliga komplikationer, är stigmatiserande och skördar liv.

Tropikmedicin är ett komplext begrepp som både är geografiskt och handlar om fattigdomens patologi. Även för läkare verksamma i Sverige kan det finnas skäl till att ha god kunskap och vara uppmärksam på hudsymtom som kan vara tecken på allvarliga infektioner och tropiska sjukdomar. Människor på resa tar med sig sjukdomar och i takt med att medeltemperaturerna stiger och det blir varmare



Leif Dotevall

i södra Europa sprids sjukdomarna även här. Det händer mycket inom området och finns många fördelar med att samarbeta infektionsläkare och hudläkare emellan.

Leif Dotevall gav inledningsvis en global lägesbeskrivning. Enligt WHO lider 900 miljoner människor av kroniska hudsjukdomar och de utgör en stor sjukdomsbyrå. Av sjukdomar som orsakar YLD (years of healthy life lost due to disability) kommer sjukdomar med hudsymtom på fjärde plats. De flesta av dem räknas som *neglected tropical diseases* – de är allvarliga och inte särskilt beforskade, de är inte dödliga men leder ofta till livslång invaliditet och stigma. Och det finns även en genderaspekt – flickor och kvinnor är ofta mer drabbade.

Leif Dotevall konstaterar att förekomsten av hudsjukdomar även har förändrats i Sverige under de senaste åren.

– En relativt hög andel av de migranter som kom till Sverige under 2015–16, bland annat från Syrien, hade specifika hudsjukdomar. Kutan leishmaniasis var vanligt förekommande hos personer från Mellanöstern, men också känd tidigare med olika lokala namn, som exempelvis ”Aleppo boil”. Parasiten *Leishmania* överförs av sandmyggor (eng. ”sand fly”). Hanteringen är komplicerad och kräver både peroral medicinering och lokal behandling av hudsymtomen.

Fattigdom, stigmatisering och skam

Skammen och stigmat kopplat till hudsjukdomarna är en stor del av lidandet. Leif Dotevall menar att kutan leishmaniasis alltmer kommit att anses som en fattigdomssjukdom eftersom den främst drabbar personer i flyktingläger och andra i fattigdom. Den sprids via sandmyggor som biter på nattexponerad hud, ofta i ansiktet, och

ger stora sår och ärrbildning. Sover man under myggnät eller inomhus kommer sandmyggorna inte åt. Han har tillsammans med Hedvig Glans skrivit en artikel om sjukdomen på Internetmedicin. Arbete pågår för att ta fram vaccin till människor mot sjukdomen, men svårigheterna har varit många i dessa projekt.

En annan växande patientgrupp att hålla ögonen på är de som exempelvis på grund av inflammatorisk tarmsjukdom eller reumatisk sjukdom tar immunmodulerande mediciner, och som får insektsbett av sandmyggor som innehåller leishmania-parasiter. Att även denna grupp kan drabbas av leishmaniasis uppmärksammades när patienter med reumatisk ledsjukdom åkte på hälsoresa, och 15 % av dem insjuknade. Infektionsläkaren Helena Hammarström tog initiativ till studien om reserelaterad leishmaniasis efter att ha träffat flera patienter med symtom på denna infektion efter rehabiliteringsresor till södra Spanien.

Nyheter inom vaccinområdet

Efter coronapandemin har utvecklingen av nya vacciner ökat kraftigt. Bland annat kommer det inom kort ett nytt borreliavaccin och nytt vaccin mot chikungunyavirus, som ger en infektion som liknar denguefeber. Ett nytt vaccin mot denguefeber verkar lovande, det erbjuds redan (med försiktighet) till vissa personer inför längre resor.

– Denguefeber är världens vanligaste vektorburna infektion, den har gått om malaria, menar Leif Dotevall. Den sprids via myggor och ger ofta svåra symtom med feber, hudutslag och muskelsmär. Det är en klimatberoende sjukdom som vi håller ögonen på. Den är vanlig i Brasilien, ökar i Afrika och förekommer och sprids numera även i södra Europa.



Även flera av de epidemiska sjukdomarna, exempelvis mässling, ger hudsymtom. Lepra, filariainfektioner, syfilis och skabb är andra exempel på aktuella sjukdomar där hudsymtomen kan bli omfattande och allvariga. Leif Dotevall menar att detta inte uppmärksammas i tillräcklig grad, det innebär ett tyst lidande och bidrar ofta till stigmatisering, inte minst i grupper som redan är sårbara.

– Mpox beskrevs till en början som en könssjukdom, men det är även en trängselsjukdom. Sammanlagt har klad 1 och klad 2 hittills under 2024 orsakat 20 000 fall och 500 dödsfall i Afrika. Unga vuxna är den grupp som drabbas mest, men dödligheten är högst hos små barn. Den 14 augusti beskrevs mpox som ett internationellt hälsönödläge och samma dag fick vi ett fall i Sverige. Det var det första fallet av mpox orsakat av denna nya virusstyp utanför Afrika.

– Det är oerhört angeläget att öka tillgången till vaccin. Mpox är närbesläktat med andra poxvirus (kokoppor, orf, mollusker), det hjälper oss att förstå smittvägarna.

Buruli ulcer är en annan tidigare känd infektion som tillhör gruppen *tropical neglected diseases* och som ger upphov till svåra och ofta invalidiserande hudsymtom. Infektionen orsakas av mykobakterier. Helt nyligen har forskare påvisat att smittan sker genom bitt av alfamyggor. Såren uppstår där man blir biten och ger stora djupa sår som förstör huden.

En positiv nyhet är att några av hudsjukdomarna som hör till tropikmedicin minskar kraftigt. Bland dem finns yaws och även flodblindhet. Man jobbar på bred front, både med förbättrad behandling och för att få bort orsaker till att smittan sprids.

Håravfall och alopecia areata

Pontus Jonsson är specialistläkare i dermatovenerologi på Karolinska Universitetssjukhuset samt doktorand på KI med specialintresse för immunologiska mekanismer vid hudsjukdomar. Han gav en bakgrund kring alopecia areata, presenterade behandlingsriktlinjer och nya systembehandlingsalternativ (JAK-hämmare) samt blickade framåt inom området.

Alopecia areata är ett inflammatoriskt tillstånd som gör att hårsäckarna slutar producera hår. Det är relativt vanligt och drabbar under en livstid 1–2 % av befolkningen. Det leder till håravfall som i varierande grad kan vara reversibelt. Man vet inte säkert vad det beror på men det finns en ärftlig komponent. Alopecia areata innebär att immuncellerna av någon anledning interagerar med hårsäckscellerna – som i normalfallet är skyddade mot sådana angrepp. Det går sannolikt inte att förebygga alopecia areata, men det finns associationer med andra autoimmuna tillstånd, exempelvis sköldkörtelsjukdomar och atopiska sjukdomar såsom böjveckseksem. Mediandebutåldern är 30 år.

Alopecia areata är en välkänd sjukdom för hudläkare. Den påverkar inte resten av kroppen men systembehandling är betydligt mer effektivt än lokalbehandling med krämer och salvor. Pontus Jonsson menar att behandlingen sannolikt kommer att se annorlunda ut i framtiden, men exakt hur och vilka patienter som är aktuella vet vi ännu inte. JAK-hämmare har nyligen fått denna indikation i tillägg till övriga terapiområden, men subventioneras i nuläget inte i Sverige.

– I andra länder är man mer aggressiv i att sätta in behandling, säger han. Ett av preparaten har fått subvention i England. Vi väntar på besked och hoppas på samma beslut här. I Sverige ses det som en kosmetisk sjukdom, men den får stor påverkan på patienternas livskvalitet och livsval.



Pontus Jonsson



Lasse Gustavsson

JAK-hämmare har god effekt i förhållande till risker och biverkningar men behandlingen kostar omkring 110 000 kr per år. Sjukdomen kan komma och gå i perioder, ibland läker den spontant, och om inte, så är den livslång. Ju längre tid man har haft hudfläckar och håravfall desto lägre är sannolikheten att man får tillbaka håret.

Med kärlek i händerna

Avslutningsvis gav Lasse "Brandmannen" Gustavsson en inspirationsföreläsning om bemötande och om intentionens läkande kraft, med rubriken *Med kärlek i händerna*.

Lasse Gustavsson var 24 år gammal när han i samband med en räddningsinsats vid en gasexplosion i Göteborgs oljehamn i maj 1981 fick mycket svåra brännskador. Han vårdades medan han var medvetslös (nedsövd) i två månader och efter en lång rehabilitering gick han tillbaka till arbete inom räddningstjänsten. Några år senare utnämndes han till "Årets brandman". Idag är han hälsopedagog med inriktning mot miljöpsykologi, utvecklingsarbete, mental träning och mindfulness och är en högt uppskattad föreläsare och inspiratör. Här reflekterade han specifikt kring hur det var att vara blind och hudlös – unika erfarenheter som han gärna delar med sig av.

Intentionens helande kraft

När Lasse vaknade efter den första mest kritiska perioden av intensivvård hade han gått ner 40 kg. I olyckan hade han förlorat hälften av sin hud. Öron, fingrar, hår och mycket av hans ansikte var borta. I början kunde han inte använda sina ögon. – Jag var blind men hörde oerhört väl. Jag kunde känna människors

mentala och själsliga tillstånd. Omläggningen kändes olika beroende på hur den som utförde den mädde, om de kände sig pressade eller hade bekymmer. Jag kände deras intentioner när de tog i mig. Vissa ville få det mest nödvändiga gjort, lite snabbt, medan andra tog sig tid för att göra ett bra jobb.

– Medmänskligheten, empatin och kärleken i deras händer lindrade smärtan. Mänsklig värme låg kvar i bandaget, som ett eko av omtanke. Andra bandage kändes mer tomma.

Det han upplevde var att förmågan att vara närvarande varierade mellan olika personer, att kraften i vår vilja ger en kvalitetsskillnad som känns. Det spelade stor roll för hans hälsa och läkningsprocesser. Han menar att oro och stress kan lägga sig som ett filter över de goda intentionerna. I efterhand har han reflekterat över att det handlar om olika förutsättningar, men också om självledarskap – att kunna säga nej, träna på att vara medvetet närvarande och utveckla förmågan att lägga andra saker och tankar åt sidan medan man vårdar en patient.

– Det kliniska arbetet och bemötandet behöver gå hand i hand, säger han och menar att *caritas* (latin för kärlek, barmhärtighet och välgörenhet) inom vården är lite bortglömt.

– Jag var svag men väldigt känslig. Personal som var i balans på ett avslappnat sätt, gjorde ett fint jobb och jag blev trygg i de händerna. Då gjorde det mindre ont att byta bandagen och det gav en hormonkick som satt i länge. *Det* är intentionens läkande kraft. Om man som patient är trygg och i hygglig harmoni, då minskar stressen och kroppen kan inrikta sig på läkning.

Lägre nivåer av smärta är också en faktor som främjar läkning och välmående, inte minst hos en sårbar och utsatt patient.

De flesta vill göra ett bra jobb

Han vill understryka att han tror att de allra flesta inom vården vill göra ett bra jobb. Men besparingar och stress gör att förutsättningarna inte är optimala. Spänningar och konflikter som ligger i luften är svårt att skydda sig mot när man är sjuk, sårbar och känslig.

Föreläsningarna han håller idag handlar om samarbete och ledarskap, effektiv kommunikation, samverkan och att ta eget ansvar – personligt ledarskap. Han talar utifrån egna upplevelser som brännskadad patient, och från möten med människor i kris och menar att man inte minst inom vården kan behöva reflektera kring betydelsen av en trygg dialog. Intentioner och bemötande handlar både om bemötandet gentemot patient, och det kollegiala: Hur gör vi varandra bättre, hur stöttar vi varandra, och hur kan vi hantera någon som är hudlös – både bildligt och bokstavligen.



Övrigt på programmet

På agendan för 50-årsjubileet fanns även följande programpunkter: **Simon Larsson**, Specialistläkare inom Hud- och könssjukdomar vid Ersta Karolinska Universitetssjukhus och Estetiska Institutet som presenterade ”Allt du behöver veta om såromläggningar”.

Fotini Bageorgou, dermatovenereolog och President of the IPS International peeling society, som redovisade kunskapsläget inom kemisk peeling och hudinflammatoriska tillstånd. Till vardags driver hon en klinik i Aten som erbjuder kirurgisk och kosmetisk dermatologi.

Harald Kittler, dermatolog och dermatopatolog vid Medical University i Wien, är internationellt välkänd föreläsare och författare av artiklar och böcker inom dermatologi och dermatoskopi. Han talade under rubriken ”Dermatoscopy of non-pigmented lesions”.

Åsa Ingvar, överläkare vid Hudmottagningen Skånes Universitetssjukhus Lund, presenterade kunskapsläge och aktiviteter inom melanoprevention i Australien där hon arbetade och forskade under 2023. Hon forskar om hudcancer, bildanalys och AI-baserade verktyg, i Lund Melanoma Study Group.

Agneta Augustsson, Med.dr. i dermatovenereologi, Vasakliniken Hudläkargrupp, Göteborg, och **Brenda Silva**, specialläkare inom dermatovenereologi och verksamhetschef på Hudläkare i Väst, Uddevalla, presenterade sitt arbete med ”Hittahudcancer.se”. Därefter diskuterade föreläsare och deltagare om framtidens melanoprevention i Sverige.

Jacek Szepietowski presenterade senaste nytt inom området atopisk dermatit, och efter föreläsningen hölls samtal och frågestund modererat av Tore Särnhult. Professor Szepietowski leder dermatologiområdet vid Wrocław Medical University i Polen. Hans meritlista är lång, bland annat har han tidigare varit president för European Society for Dermatology and Psychiatry och International Forum for the Study of Itch, och är president i Polish Dermatological Society samt ledamot i Royal College of Physicians i Edinburgh. Hans forskning fokuserar på klåda, psykodermatologi och kronisk hudinflammation. Han har skrivit över 800 vetenskapliga artiklar och är författare och medförfattare till ett stort antal böcker.

PDF – en pigg 50-åring

PDF bildades 1974 i syfte att tillvarata intressen och bevaka de specifika förutsättningar som det innebär att jobba som privat hudläkare, bland annat kring lagen om läkaryrkesutövning, LOL. 1994 bildades en gemensam hemsidoförening.

– Fram till 2013 då SSDV:s hemsida sjösattes var PDF:s hemsida den enda för dermatologer. Dit vände sig både privata och offentliganställda för att ta del av föreningens kongresskalender, frågespalt och läkemedelsfrågor för professionen, berättar Tore Särnhult som är föreningens ordförande sedan förra årsmötet och som tidigare har varit SSDV:s ordförande i två år och dess viceordförande två år.

Hemsidan har varit en viktig del av föreningens verksamhet, liksom de årliga mötena. Tidigare bestod de av någon enstaka föreläsning i anslutning till årsmötet, men sedan många år tillbaka har programmet utökats och mötet har blivit ett internt med övernattningsprogram. Sponsring från företag inom läkemedelsindustrin samt leverantörer och tillverkare av hudprodukter och utrustning har gjort det möjligt att delta även för övrig personal.

– Det är lite unikt och en bra möjlighet att träffas och utbyta erfarenheter, säger Tore. Tack vare sponsringen kan vi skapa intressanta och bra program.



Tore Särnhult



Föreningen har även jobbat med att bevaka frågor om estetisk vård, och varit drivande för att få igenom lagförändringar vad gäller injektioner av botox och fillers. Tore Särnhult berättar om senaste initiativet som gäller reglering av laserbehandling. I många länder är det mer reglerat än i Sverige.

– Föreningen har skickat in en skrivelse till Strålskyddsmyndigheten. Vi tror att det behövs, säger han.

PDF har alltid varit en undersektion inom SSDV, och privatdermatologerna finns representerade i styrelsen. Samverkan och samarbete mellan föreningarna eftersträvas.

Som ordförande hade Tore höga förväntningar på mötet, och de uppfylldes:

– Antalet deltagare var lite fler än tidigare år, cirka 160 personer, varav ett hundratal från vården och resterande från sponsorer och företag. Men det finns över 600 aktiva yrkesverksamma dermatologer i Sverige så det kunde varit ännu fler deltagare, konstaterar han och ser redan fram emot nästa möte.

De två dagarna, som utöver föreläsningarna även innehöll intressanta diskussioner, fest och god mat, hölls på Hotel Elite Marina Tower. Och även om platsen för mötet var Stockholm (och inte södra eller västra Sverige som det varit flera gånger förut) så höll det en västkustsk profil. Föreläsarna Martin Bergö och Leif Dotevall är från Västkusten, liksom livebandet från Onsala och Tore Särnhult själv som är Göteborgare.



Kajsa Asp Jonson
Journalist



Annons



mediahuset

Möten & Event

För allt ifrån det lilla mötet till den stora kongressen finns vi där för dig.

Oavsett om det gäller fysiska möten, digitala webinarium eller hybridmöten så tar vi hand om allt det praktiska, så att du kan fokusera på innehållet!

Om du letar efter ett specifikt event som vi anordnar så finns vår eventkalender här: <https://medevents.se/>

Inbjudan till Västsvenska Dermatologimötet 2024



Sahlgrenska Hud och Mediahuset bjuder in till ett kostnadsfritt möte på tema Nationell högspecialiserad vård Svåra hudsymtom

PLATS, DATUM & TID:

Radison Blue Scandinavia Hotel Göteborg, lokal Västerhavet, fredag 8 november, kl. 12.00-21.30

Mötet riktar sig till sjukvårdspersonal med intresse för Dermatologi och är kostnadsfritt tack vare våra sponsorer.
Observera att anmälan krävs och att endast sjukvårdspersonal och representanter från sponsrande företag får lov att delta vid mötet.

TEMA: NHV (Blåsdermatoser, Läkemedelsreaktioner, Pyoderma gangrenosum/atypiska sår, Hidradenitis suppurativa).
NHV-enheter: VGR, Stockholm, Östergötland, Skåne, Uppsala

PRELIMINÄRT PROGRAM*

Från 12.00 Start med lunch i utställningen

- 13.00-13.15 Introduktion/presentation av upplägget samt valt tema NHV
Programkommittén: Lykke Barck, Julia Fougelberg,
Johan Dahlén Gyllencreutz, Arua Berndtsson
- 13.15-14.00 Hidradenitis suppurativa - Meirav Holmdahl
- 14.00-14.45 Läkemedelsreaktioner - Natalia Kuzmina

14.45-15.15 Paus med fika samt utställningsbesök

- 15.15-16.00 Pyoderma gangrenosum/atypiska sår - Natalja Jacobsson
- 16.00-16.45 Blåsdermatoser - Philip Curman
- 16.45-17.00 Kortare paus/bensträckare
- 17.00-17.45 Fallpresentation (4 fall)
- 17.45-18.15 Mingel i utställningen
- 18.15 Start Middag

Panelmedlemmar:

Blåsdermatoser: Sara Carlsson, Uddevalla Sjukhus
Läkemedelsreaktioner: Mikael Alsterholm,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Pyoderma gangrenosum/atypiska sår: Alexandra Forsgren,
Skaraborgs Sjukhus Skövde
Hidradenitis suppurativa: Victoria Marmgren,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Föreläsare:

Blåsdermatoser: Philip Curman, Region Stockholm
Läkemedelsreaktioner: Natalia Kuzmina, Region Stockholm
Pyoderma gangrenosum/atypiska sår: Natalja Jacobsson,
Region Östergötland
Hidradenitis suppurativa: Meirav Holmdahl, MD PhD överläkare.
Hudklin. SUS Lund

*Det slutgiltiga innehållet av programmet beslutas uteslutande av programgruppen/föreläsarna.
Sponsorererna har inte haft inflytande över det vetenskapliga innehållet.



Save the date - anmäl ditt deltagande redan nu!

Observera att anmälan krävs och att endast sjukvårdspersonal och representanter från sponsrande företag får lov att delta vid mötet. Anmäl dig på medevents.se/events/vh2-2024 eller via koden intill.



www.mediahuset.se | www.medevents.se | 031-797 27 80 | event@mediahuset.se

Tack till:



Annons

Annons

Annons

Behandlingsrekommendationer genitaledermatoser

Styrelsen i Sektionen för Venereologi och Genital Dermatologi (SVDG) har på uppdrag av SSDV under 2023 arbetat fram behandlingsrekommendationer för genitaledermatoser. Då rekommendationer för lichen sclerosus hos kvinnor samt genital candida nyligen tagits fram av vulvagrupperna inom Sektionen för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) i samarbete med SVDG, hänvisas till deras rekommendationer gällande dessa diagnoser (länkar nedan).

Länkar

<https://www.sfog.se/media/337703/sfog-raad-vulvovaginala-svampinfektioner-211108.pdf>
https://ssdv.se/images/SFOG-rad_Lichen_sclerosus.pdf

Det finns även ett kapitel som rör generella hygienråd.

Rekommendationerna har delvis delats upp utifrån biologiskt kön, men rekommendationerna för kvinnor kan givetvis appliceras på alla personer med vulva liksom att rekommendationerna för män gäller alla personer med penis.

SSDV/Styrelsen Sektionen för venereologi och genital dermatologi, SVDG 2024

De uppdaterade riktlinjerna för genitaledermatoser publiceras i DV nr 38 och 39 (nr 2&3 2024). De finns också på SSDV:s hemsida.

Anogenital psoriasis

Bakgrund och epidemiologi

Psoriasis är en kronisk inflammatorisk systemsjukdom som huvudsakligen engagerar hud, naglar och leder.

Prevalens 2–4 %. Debut kan ske i alla åldrar. Yttre faktorer såsom skador i huden (Köbnerfenomen), infektioner liksom faktorer som övervikt, rökning, psykisk stress samt läkemedel (t.ex. litium, betablockerare) kan utlösa och försämra psoriasis. Ärftlighet spelar också roll.

Symtom och klinisk bild

Vanligaste formen är plackpsoriasis (75–80 %). Hudförändringarna är rodnade, fjälliga, välavgränsade med varierande grad av infiltration. Förutom sedvanliga lokaler kan den finnas i pubesområdet, ljumskar, på gluteer, på labia majora och skrotum, peniskaft samt ibland även glans. Invers psoriasis sitter i hudveck och är rodnad, glansig, men sällan fjällande. Kan sitta i crena ani, perineum, labia minora, på glans och preputiet.

Flera varianter kan förekomma samtidigt och vilken variant som ses kan variera från gång till gång. Klåda förekommer hos många. En tredjedel av alla patienter med psoriasis har genital och invers psoriasis.

Differentialdiagnoser

Atopisk dermatit, seborroisk dermatit, kontaktdermatit.

Diagnostik

Klinisk diagnos vid typiska lesioner.

PAD: Elongerade retelister, parakeratos, neutrofil infiltration, Munros mikroabscesser.

Behandling

Lokala glukokortikoider (grupp II) med antimykotika alternativt utan (invers och genital) x 2 nedtrappande efter 2–4 veckor sedan x 1 därefter underhållsbehandling 2 gånger per vecka. Vid svåra besvär genitalt kan grupp III glukokortikoid x 1 användas nedtrappande.

Lokal kalcineurinhämmare x 2 i 3–6 veckor nedtrappande. Minskad risk för atrofi men kan svida.

Glukokortikoid med vitamin-D analog rekommenderas inte, då det har sämre effekt och kan vara irriterande.

Bucky-behandling, en ytlig form av strålning som når 0,5–1 mm ner i huden, kan ges 1 gång per vecka i 6 veckor vid anogenital psoriasis.

Systembehandling:

Följ SSDV:s behandlingsrekommendationer.

Indikation för systembehandling vid anogenitalt engagemang kan finnas trots relativt låga PASI. Hänsyn bör tas till patientens livskvalitet (höga DLQI).

Referenser

SSDV:s behandlingsriktlinjer 2023.

Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling av psoriasis och psoriasisartrit 2019.

Hong J Julie. Genital and Inverse/Intertriginous Psoriasis: An Updated Review of Therapies and Recommendations for Practical management. *Dermatol Ther* 2021 Jun (3) 843-844.

Anogenital atopisk dermatit

Bakgrund och epidemiologi

Vanligaste kroniska hudsjukdomen. Vart 4:e barn och var 20:e vuxen har atopisk dermatit. Återkommande inflammatorisk hudsjukdom. Barriärfunktionen är störd med ökad genomsläpplighet av irriterande ämnen, mikroorganismer och allergener. Den inflammatoriska effekten orsakas av interleukin 4, interleukin 13 och januskinaser.

Yttre faktorer som stora temperaturväxlingar, luftföroreningar, vattnets hårdhetsgrad och användning av hygienprodukter påverkar dermatiten. Andra faktorer av betydelse kan vara infektioner, oro, stress, svettning och material i kläder.

Genitalt engagemang vid atopisk dermatit är vanligt förekommande, men sällan som enda manifestation.

Symtom och klinisk bild

Torr hud, klåda och rodnade utslag ofta i hudveck. Hudförändringarna kan vara papulösa, fjällande med sprickor och ibland vätskande sår och skorpor eller förtjockade (lichenifierade). Genitalt kan det förekomma i vulva och perineum, på preputiet och glans.

Differentialdiagnoser

Psoriasis
Lichen simplex chronicus
Kontaktdermatit

Diagnostik

Anamnes och klinisk bild.

Behandling

Mjukgörande är alltid basbehandling

Lokala glukokortikoider grupp II i hudveck och i övrigt grupp III till utläkning och därefter i nedtrappande dos.

Alternativt ges lokala kalcineurinhämmare x 2 nedtrappande.

Systembehandling: se Läkemedelsverkets rekommendationer.

Referenser

Läkemedelsverket. Atopisk dermatit med behandlingsrekommendationer juni 2023.

Freja Laerke Sand and Simon Francis Thomsen. Skin diseases of the vulva. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* vol 38, 2018.

Picardo-Geisinger. Atopic and contact dermatitis of the vulva. *Obstetrics and Gynaecology Clinics*, vol 44;371-378, 2017.

Anogenitalt seborroiskt eksem

Bakgrund

Orsaken är oklar. *Malassezia* hydrolyserar fria fettsyror, vilket leder till aktivering av immunsystemet. Vissa HLA typer/alleler kan eventuellt predisponera. Svårare former kan ses vid påverkat immunförsvaret som t.ex. vid hiv, neurologiska sjukdomar och sjukdomar med ökad talgproduktion.

Symtom

Klåda förekommer ibland. Hudutslag med rodnad och fin fjällning ibland gula feta fjäll. Lokaliserat i ljumskar och genitalia samt även i skalp, ansikte, öron, sternum och axiller.

Differentialdiagnoser

Psoriasis, atopisk dermatit, extramammär Pagets sjukdom, glukagonom, zink-brist.

Diagnostik

Klinisk bild.

Behandling

Lokal glukokortikoid grupp II gärna med antimykotika x 2 nedtrappande.

Lokal kalcineurinhämmare x 2 nedtrappande.

Referenser

Adalsteinsson Jonas *et al.* An Update on the microbiology, immunology and genetics of seborrheic dermatitis. *Experimental Dermatology*/Vol 29, Issue 5:481-489.

Anogenitalt kontakteksem

1. Allergiskt
2. Icke allergiskt

Bakgrund och epidemiologi

Inflammation i huden kan orsakas av allergi mot ämnen som kommer i kontakt med huden efter sensibilisering. Vanliga orsaker är kontakt med nickel, lokala steroider, parfymämnen, konserveringsmedel, gummi och lokalanestetika. Handeksem är vanligast och förekommer hos 10 % av befolkningen, oftast kvinnor. Kontaktallergi i samband med sex där partner använt parfym, kosmetika, antiinflammatoriska medel och propylenglykol finns beskrivet. Latexallergi förekommer som både typ I och typ IV-reaktion.

Inflammation i huden kan också orsakas av irriterande ämnen som skadar hudbarriären såsom vatten, rengöringsmedel eller lösningsmedel.

Symtom och kliniska fynd

Resistenta eksem/utslag med klåda som ej svarar på behandling eller återkommer i vissa situationer, t.ex. vid kondom användning, lokala medel eller hygienprodukter.

Differentialdiagnoser

Psoriasis.

Diagnos

Klinisk bild samt anamnes.
Epikutantest standard + egna produkter.

Behandling

Undvika potentiella allergen och irriterande produkter i den mån det är möjligt.

Lokala glukokortikoider grupp II-III i nedtrappande regim.

Referenser

Yale *et al.* Genital allergic contact dermatitis: *Dermatitis* 2018 maj/juni vol 29;112-119.

Gilissen *et al.* Iatrogenic allergic contact dermatitis in the (peri)anal and genital area: *Contact dermatitis*, vol 84, 431-438, 2020.

Jaewon Lee *et al.* Consort allergic contact dermatitis: A systematic review. *Dermatitis* 2022 vol 33;181-186.

Karin Andersson 2024

SSDV/Sektionen för venerologi och genital dermatologi, SVGD

Lichen planus (LP)

Bakgrund och epidemiologi

Lichen planus (LP) är en T-cellsmedierad inflammatorisk hudsjukdom som förutom huden kan afficera slemhinnor, framför allt genitalt och oralt.

Förekomsten varierar i studier men minst 0,5–2% av befolkningen globalt drabbas. LP förekommer hos både män och kvinnor och flest fall ses i åldrarna 30–60 år.

Etiologin är oklar, men en autoimmun genes är sannolik.

Majoriteten av LP i huden läker ut inom 1–2 år, medan LP i slemhinnan ofta är kronisk. Över hälften av patienterna med kutan LP uppvisar manifestationer även i slemhinnan, men sjukdom i slemhinnan kan också vara den enda manifestationen av LP. Vid engagemang av slemhinna kan mun, läppar, vulva, vagina, penis och esofagus drabbas. I ovanliga fall kan även hörselgång och tårkanal engageras, liksom uretra och ändtarm.

Den vanligaste manifestationen i slemhinnan är Wickhams striae, men även polygonala papler och annulära lesioner kan ses. I ovanliga fall ses erosiv LP som framför allt drabbar kvinnor. Erosiv LP förekommer inte hos barn.

Genital LP i vulva/vagina

Symtom och kliniska fynd

LP vulvo-vaginalt indelas i klassisk, hypertrofisk och erosiv (mukosal) LP.

Klassisk LP drabbar huden i genito-anala området med kliande papler med samma färg (violettera) som LP på huden, omväxlande med vita stråk. Sjukdomen kan leda till postinflammatorisk hyperpigmentering.

Hypertrofisk LP är ovanlig, men kan ge differentialdiagnostiska problem.

Erosiv LP (ELP)/mukosal LP är en svår sjukdom som karakteriseras av engagemang av vulva och ofta samtidigt av vagina. Symtomen domineras av sveda och smärta, ibland klåda och en känsla av "råhet" där slemhinnan försvunnit. ELP bör handläggas på specialistklinik.

Kliniskt ses välavgränsade rodnade områden ("sammetsröda") oftast på insidan av labiae, ibland omväxlande med eroderade områden, atrofi av labiae minora, och om sjukdomen pågått en tid även adhesioner både i vulva och vagina. I kanten av förändringarna kan ofta vita stråk ses (och där ska biopsin tas).

Vid vaginalt engagemang finns en ilsken rodnad och avlossning av slemhinnorna, vilket ofta orsakar blödning. Vaginalt engagemang kan också ge rikliga gulgröna flytningar. Vid uttalad inflammation av cervix kan cellprovet p.g.a. inflammation visa dysplasi.

Om sammanväxningarna blir uttalade kan patienten förutom av smärtan få ett mekaniskt hinder för miktion och samliv.

ELP kan finnas även i andra slemhinnor, framför allt i munnen och även i svalg och esofagus. Det är viktigt att både fråga patienten om symtom från andra lokaler och undersöka dessa. Även anus, tårkanaler, hörselgångar kan vara afficerade och symtomen kan lätt misstas för annan sjukdom.

ELP är kronisk, recidiverande och ärrbildande.

Malignitetsrisk

Risken för malignifiering av LP är omdiskuterad, men sannolikt låg. Ingen risk ses vid klassisk LP, men troligen är risken ökad vid hypertrofisk LP. ELP förefaller inte ha någon kraftigt ökad malignitetsrisk, men fallbeskrivningar med samtidig cancer finns. Oral LP betraktas av WHO som ett premalignt tillstånd.

Differentialdiagnoser

- *Lichen sclerosus* brukar inte engagera vagina. Övergångsformer LS – LP finns dock, där förändringarna kan ha börjat som LS och sedan övergått i ELP.
- *Plasmacellsulvit* kan ge ilsken rodnad i vulva, ibland även i vagina, men har inget generellt engagemang. Betraktas ibland som en lokaliserad variant av ELP.
- *Erytema multiforme/Stevens-Johnsons syndrom* har ett mer akut förlopp.
- *Post-menopausal atrofi* kan förekomma samtidigt som ELP och behandlas då med lokalt östrogen.
- *Graft versus Host Disease (GVHD)*, anamnes och sjukhistoria bidrar till diagnosen.

Diagnostik

Diagnosen är främst klinisk, men bör verifieras med biopsi.

Biopsi med 4 mm stans bör tas initialt eftersom sjukdomen är kronisk och alltid vid misstanke om dysplasi. Vid klassisk och hypertrofisk LP liksom vid misstänkt dysplasi tas biopsin mitt i en förändring. Biopsin vid ELP tas i kanten, där det finns ett vitt område, för att möjliggöra diagnos. Om biopsin tas i ett eroderat område får man endast svaret inflammation.

Diagnosen LP stöds om PAD visar en bandformig lichenoid inflammation.

Vid ELP är samarbete med andra specialister som gynekologi, ÖNH och medicin av stort värde och ofta nödvändigt. Vid förändringar i munnen är samarbete med specialist i orofacial medicin viktigt. Patienter med orala förändringar behöver regelbunden hjälp av tandhygienist för att kunna bibehålla god munhälsa och i förlängningen sina tänder.

Behandling

Det finns ingen kurativ behandling vid ELP och endast få kontrollerade studier. Målet med behandlingen är i första hand att minska symtomen och i andra hand att minska sekvele, även om det inte är fastlagt att behandling kan förhindra adhesioner. Rådgör gärna med erfaren kollega vid handläggning.

Patienten bör informeras om att fortsätta den lokala antiinflammatoriska behandlingen även när de akuta symtomen förbättrats.

Första linjens behandling är lokala glukokortikoider, i första hand klobetasol. Effekt har visats på oral LP men utvärdering saknas för genital ELP. Initialt ges behandling dagligen i flera veckor, därefter underhållsbehandling 1–2 gånger/vecka och upptrappning vid eventuell försämring.

Annan behandling som kan prövas är lokala kalcineurinhämmare, även om evidens saknas.

Lokal vaginal behandling bör alltid ges vid vaginalt engagemang, med kortison i form av rektalskum eller vagitorier (Prednisolon APL Vagitorium 5 mg, ibland kan högre styrka krävas (Prednisolon APL Suppositorium (obs!) 10 mg)) eller potent lokal glukokortikoid administrerad intravaginalt med samma frekvens som vid behandling av vulva, gärna med dilatator.

Vid svår och svårbehandlad ELP kan systembehandling bli aktuell. Evidensen är låg och inga kontrollerade studier finns. Se förslag nedan:

Metotrexat (15 mg/v), effekten kan vara god men kommer först efter en tid (flera månader). Det finns fallrapporter där man använt biologiska läkemedel, apremilast, acitretin, azatioprin och peroral kortisonbehandling (i det akuta skedet), men evidens saknas och en svårighet är att utvärdera effekten.

För att om möjligt motverka sammanväxningar är regelbunden användning av dilatatorer viktigt (för tillgång följ regionens riktlinjer som varierar).

Uttalade adhesioner kan behöva åtgärdas kirurgiskt, men måste då i efterföljandet följas av antiinflammatorisk behandling och dilatation för att undvika snabbt recidiv.

Det är viktigt att komma ihåg att ELP också har påverkan på den psykosociala hälsan, livskvalitet och stress, varför kontakt med kurator/psykolog bör erbjudas.

Andra former av genital LP behandlas med lokal glukokortikoid (grupp III-IV) i nedtrappande dosering och svarar vanligen bättre än ELP.

Hygienråd med tvätt enbart med vatten, parfymfri intimolja eller intimtvål och mjukgörande salva, t.ex. vitt vaselin vid torrhet. Vid smärta, t.ex. vid miktion kan lokalbedövande gel/kräm vara av värde.

Behandlingssvikt

Kontrollera följsamhet till behandlingen, har patienten gjort som det var tänkt?

Finns annan samtidig sjukdom som candida, bakteriell vaginos eller HSV?

Är diagnosen rätt? Behöver ny biopsi tas?

Uppföljning

Ge ett uppföljande besök för att kontrollera behandlingseffekt efter 1-3 månader och sedan utifrån individuellt behov, förslagsvis årligen.

Genital LP på penis

Symtom och kliniska fynd

Genital LP drabbar framför allt icke-omskurna män och ses oftast på den mukosala delen av penis. Polygonala papler och annulära lesioner kan dock även ses på penisskaft och skrotum. Klassisk LP ger sällan symtom eller obehag. Däremot kan erosiv LP (ELP) ge smärta, ömhet, klåda och påverkan på samlivet. ELP hos män engagerar mest glans och sulcus med ytliga röda erosioner samt ibland synekier. ELP är förmodligen sällsynt hos män, men indikationer finns på att diagnosen kan överlappa med plasmacellsbalanit.

Malignitetsrisken hos män med ELP är inte klarlagd, men förefaller inte klart ökad.

Differentialdiagnoser

- *Lichen sclerosus* ger ofta en circumferent förhudsförträngning, hypopigmentering och subkutana blödningar
- *Plasmacellsbalanit* mer brun-orange förändringar, uppfattas ofta tillhöra lichen planus
- *GvHD* anamnes och sjukhistoria bidrar till diagnos

Diagnostik

Kliniskt utseende kan räcka för att ställa diagnos, men bör i de flesta fall kompletteras med biopsi. PAD visar i typfallet sågtandad akantos och ett bandformat inflammatoriskt infiltrat med övervägande lymfocyter. Biopsi tas från ett område med Wickhams striae, papler eller annulära lesioner.

Behandling

Vid klassisk LP används lokal glukokortikoid (grupp II-III) x 1 med successiv nedtrappning utifrån kliniskt svar. Många patienter har inga symtom och ett alternativ kan vara att låta bli att behandla.

Erosiv LP är svårbehandlat, men i första hand rekommenderas glukokortikoid (grupp IV) vilket kan ges nedtrappande i 3 månader enligt lichen sclerosus-schema.

Lokal kalcineurinhämmare kan användas, initialt rekommenderas användning 1-2 gånger/dag med successiv nedtrappning utifrån kliniskt svar.

Uppföljningen får individualiseras, men behöver inte ske rutinmässigt vid klassisk LP. Erosiv LP är mycket ovanligt hos män och dessa fall bör följas av dermatovenereolog.

Plasmacellsulvit

Inflammatorisk dermatos med röd-bruna/orange förändringar lokaliserade till vulva.

Vid undersökning finns välavgränsade förändringar med rodnader och erosioner.

PAD visar rikligt med plasmaceller.

Behandlingen är i första hand lokala glukokortikoider (grupp III-IV, se under ELP), men större studier saknas.

Det finns indikationer på att plasmacellsulvit är en variant av ELP.

Referenser

- Ioannides D, Vakirlis E, Kemeny L, Marinovic B, Massone C, Murphy R, Nast A, Ronnevig J, Ruzicka T, Cooper SM, Trueb RM, Pujol Vallverdu RM, Wolf R, Neumann M. European S1 guidelines on the management of lichen planus. *JEADV* 2020; 34:1403-1414.
- Dunaway S, Tyler K, Kaffenberger J. Update on treatments for erosive vaginal lichen planus 2019; *Int J Derm* 59:297-302.
- Preston M, Richards A. Vulvar and vaginal Graft Versus Host Disease after allogeneic stem cell transplant – a systematic review. *J Low Gen Dis* 2023; 27(3):266-274.
- Yun JSW, Veysey E. Plasma cell vulvitis: a systematic review of interventions. *J Low Gen Tract Dis* 2021; 25(3):243-254.
- Edwards SK, Bunker CB, van der Snoek EM, van der Meijden WI. 2022 European guideline for the management of balanoposthitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023 Jun;37(6):1104-1117.
- Amsellem J, Skayem C, Duong TA, Bagot M, Fouéré S, Dauendorffer JN. Male genital lichen planus: a retrospective study of 89 cases. *Ann Dermatol Venereol*. 2022 Mar;149(1):28-31.
- Cheng S, Kirtschig G, Cooper S, Thornhill M, Leonardi-Bee J, Murphy R. Interventions for erosive lichen planus affecting mucosal sites. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb 15.

Petra Tunbäck och Elisabet Nylander 2024
SSDV/Sektionen för venereologi och genital dermatologi, SVGD

Lichen sclerosus på penis

För rekommendationer gällande lichen sclerosus i vulva se SFOG.

Bakgrund och epidemiologi

Lichen sclerosus (LS) är en inflammatorisk hudsjukdom där orsaken ännu inte är klarlagd, men association finns med autoimmuna sjukdomar åtminstone hos kvinnor. Familjär förekomst är beskrivet. Sjukdomen kan debutera i alla åldrar, med en topp postpubertalt.

Det saknas säkra prevalens- och incidensdata gällande LS hos män och troligen är prevalensen underskattad. Tillgängliga data visar på en prevalens på 0,07%, att jämföra med LS i vulva där förekomsten kan vara upp till 10 gånger högre. LS förekommer väldigt sällan hos personer som genomgått circumcision i barndomen. Extragenital LS är ovanligt hos män.

Symtom och kliniska fynd

Det vanligaste symtomet är förhudsförträngning (fimosis) vilket kan leda till smärta vid erektion och samlag. Det förekommer också irritation, sprickbildning och sår. Klåda är mindre vanligt jämfört med hos kvinnor. Miktionsproblem kan uppstå både vid fimosis och vid urinrörsförträngning. LS kan vara helt asymtomatisk hos upp till 1/3 av männen.

Kliniska fynd är hypopigmenterad, sklerotisk hud på preputiet och/eller glans, ofta runt frenulum. Rodnad, fissurer och ekkymoser är vanliga medan blåsbildning är ovanligt. Det förekommer även hyperkeratotiska lesioner. Varierande grader av trång förhud kan yttra sig som en stram ring distalt på preputiet eller som en midja vid retraktion av förhuden. På sikt kan sjukdomen leda till anatomiska förändringar, t.ex. ärrömvandling av frenulum eller utsuddad gräns mellan glans och preputiets inre blad. Engagemang kring meatus kan leda till stenosis. Perianal utbredning är ovanligt hos män.

Differentialdiagnoser

Lichen planus
Penil intraepitelial neoplasi (PeIN)
Vitiligo
Lokaliserad morfea
Balanit

Diagnostik

Diagnosen är oftast klinisk. Biopsi rekommenderas frikostigt med tanke på långvarigt sjukdomsförlopp och bör alltid tas vid osäkerhet gällande diagnos eller vid dysplasi/stanke.

Histopatologiskt ses initialt ett förtjockat epidermis som därefter blir atrofiskt, en degeneration av basala keratinocyter och i dermis hyalinisering med förlust av elastin samt ett underliggande bandformat inflammatoriskt infiltrat.

Behandling

Högpotent lokal glukokortikoid (grupp IV) i salvform dagligen i 4 veckor, därefter varannan dag i 4 veckor och sedan 2 gånger i 4 veckor. Alternativt 1 gång dagligen i 3 månader.

Detta får cirka 50% att läka ut det skovet. Underhållsbehandling med högpotent glukokortikoid 1–2 kvällar/vecka rekommenderas i de flesta fall för symtomkontroll och för att minska risken för ett nytt skov.

Vid otillräcklig effekt utvärdera i första hand följsamhet till behandling.

Lokal kalcineurinhämmare kan prövas vid otillräcklig effekt, men har inte visat lika hög grad av utläkning. Kan även användas som tillägg till behandling med högpotenta glukokortikoider.

Circumcision rekommenderas vid LS med förträngning av preputiet och utebliven effekt av högpotent glukokortikoid efter daglig behandling i 3 månader eller om nedtrappning från 1 gång dagligen inte är möjligt. Vid LS begränsad till förhuden kan circumcision få närmare 100% att läka ut, dock saknas långtidsuppföljningar.

Generellt rekommenderas mjukgörande, t.ex. vitt vaselin. Tvåtvätt i underlivet bör undvikas.

Målet med behandling är att uppnå symtomfrihet, förebygga förändrad anatomi samt förebygga cancerutveckling. Det finns i dagsläget en prospektiv studie gällande LS i vulva där underhållsbehandling har visats kunna förebygga cancer, men motsvarande studier gällande LS på penis saknas. Studier har visat risk för malignitetsutveckling och PeIN och vid peniscancer är det en ganska hög andel som har samtidig LS. Det finns inga säkra siffror på hur ofta peniscancer utvecklas vid LS på penis.

Uppföljning rekommenderas till symtomfrihet och därefter övergång till egenkontroller med information om risk för utveckling av PeIN och uppmaning om att söka läkare vid symtom som inte viker på intensifierad högpotent glukokortikoid, sår som inte läker eller tumörutveckling.

Referenser

- Edwards S, Bunker C, van der Snoek E *et al.* 2022 European guideline for the management of balanoposthitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;00:1–14. EDF guidelines Lichen Sclerosus 2023.
- De Luca D, Papara C, Vorobyev A *et al.* Lichen sclerosus: The 2023 update. *Front Med (Lausanne).* 2023 Feb 16;10:1106318. doi:10.3389/fmed.2023.1106318. eCollection 2023
- Kirtschig G, Becker K, Günthert A. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015 Oct;29(10):e1–43. doi: 10.1111/jdv.13136. Epub 2015 Jul 22.
- Lewis FM, Tatnall FM, Velangi SS *et al.* British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018. *Br J Dermatol.* 2018 Apr;178(4):839–853.
- Lee A, Bradford J, Fisher G. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus: A Prospective Cohort Study of 507 Women. *JAMA Dermatol.* 2015 Oct;151(10):1061–7.

Sinja Kristiansen 2024

SSDV/Sektionen för venerologi och genital dermatologi, SVGD

Vulvklåda

Bakgrund inklusive epidemiologi

Vulvklåda är ett vanligt symtom där prevalensen är okänd eftersom epidemiologiska data är begränsade. Klådan har ofta en stor negativ inverkan på patientens livskvalitet med påverkan på sexuella relationer och psykosocialt välbefinnande. Klådan anses vara medierad av fria nervändar på omyeliniserade c-fibrer som aktiveras av olika mediatorer. Vulvklåda kan vara akut eller kronisk, ha multifaktoriell etiologi och kan förekomma med eller utan kliniska tecken på hudpåverkan. Sannolikt finns motsvarande symtom hos män men dessa är dåligt definierade och beskrivna.

Diagnostik och differentialdiagnoser

Vulvklåda är en uteslutningsdiagnos när andra diagnoser har exkluderats.

Candida: Jästsvampinfektion, framför allt *C. albicans* som är den vanligaste orsaken till underlivsklåda hos fertila kvinnor och som drabbar ca 75% av alla kvinnor någon gång i livet. Graviditet, diabetes mellitus, antibiotikabehandling och nedsatt immunförsvar är predisponerande faktorer. Postmenopausala kvinnor kan utveckla candidainfektion under behandling med lokalt östrogen. För diagnostik och behandling var god se <https://www.sfog.se/media/337703/sfog-raad-vulvovaginala-svampinfektioner-211108.pdf>

Dermatoser: Noggrann anamnes och undersökning av hela hudkostymen krävs vid diagnostik av atopiskt dermatit, seborroiskt eksem, psoriasis, lichen sclerosus och lichen planus som alla kan ge vulvklåda.

Allergisk och icke-allergisk kontaktdermatit: Innehåll i topikala medel kan orsaka allergisk kontaktdermatit t.ex. parfymer, konserveringsmedel samt lokala behandlingsmedel såsom glukokortikoider, antibiotika och antimykotika. Kontaktdermatitutredning med epikutantest bör övervägas vid dermatit som inte svarar på behandling och vid anamnestisk misstanke. Frekvent underlivstvätt och olika hygienartiklar kan utlösa icke-allergiskt kontakteksem. Vid både allergiskt och icke-allergiskt kontakteksem behöver provocerande faktorer elimineras och behandling sker med mjukgörande samt lokala grupp II-III glukokortikoider.

Neurodermit/lichen simplex chronicus: Vid långvarigt kliande kan lichenifiering med förtjockad hud uppstå och leda till en ond klådcirkel där patienten fortsätter riva sig trots att den primära hudåkomman har läkt ut. Lichen simplex uppstår lättare hos atopiker som har lättirriterbar hud och sänkt klådröskel. Patienten behöver uppmärksammas på beteendet och få hjälp att bryta klådcirkeln genom smörjning med mjukgörande och grupp III glukokortikoid en längre tid. Efter långvarig glukokortikoidbehandling ses ibland reboundfenomen och längre tids underhållsbehandling (flera månader) kan krävas. Vid terapiresistenta fall kan Buckybehandling övervägas.

Infektioner: STI kan, framför allt vid riklig flytning, ge hudirritation, maceration och klåda. Infestation av skabb och flatlöss orsakar besvärande klåda men även kondylom, mollusker och herpes kan ibland ge underlivsklåda.

Dermografism: Ibland föreligger klåda p.g.a. dermatografism vilket är vanligare hos patienter med atopiskt eksem. Antihistamin kan användas i full dos med nedtrappning för symtomlindring.

Psykosomatisk genes: Om indikationer finns på psykosociala eller psykosexuella orsaker kan samtalskontakt med kurator/sexolog/psykolog initieras och behandling med antidepressiva läkemedel övervägas.

Premaligna lesioner/malignitet: Vid klåda med svårkläkt sår, nekros, blödning, hyperkeratos, leukoplaki, icke-läkande fissurer och behandlingsrefraktära lesioner rekommenderas alltid biopsi för att utesluta premaligna/maligna förändringar såsom dysplasi, extramammar Pagets sjukdom och vulvacancer.

Behandlingsråd

Idiopatisk vulvklåda med persisterande klåda utan påvisbar bakomliggande orsak är en utmaning behandlingsmässigt. Eftersom störd barriärfunktion associeras med vulvklåda är det viktigt att patienten undviker potentiella allergen och triggerfaktorer såsom tvål, parfymade produkter, våtservetter och alltför tät tvättning. Patienten bör använda enbart vatten och/eller parfymfri intimojla istället för tvål. Hudbarriären kan stärkas med mjukgörande, gärna med hög fetthalt t.ex. vitt vaselin. Vid lokal glukokortikoidbehandling använd salva istället för kräm eftersom kräm innehåller fler ingredienser som i sin tur kan vara irriterande. Rakning av underlivet bör undvikas. Eventuellt kan sederande antihistamin ges initialt för bättre nattsömn. Vid svårbehandlade fall kan smärtstillande Xylocain salva alternativt Lidokain 5% i Essexkräm APL (obs dyrt!) förskrivas eller peroral behandling med amitriptylin prövas med startdos på 10 mg tn och upptitrering var till varannan vecka vid behov till 20–75 mg. Buckybehandling kan också prövas i terapiresistenta fall.

Referenser:

- Woelber L, Prieske K, Mendling W, Schmalefeldt B, Tietz H-J, Jaeger A. Vulvar pruritus-causes, diagnosis and therapeutic approach. *Dtsch Arztebl Int.* (2020) 116:126–33. doi: 10.3238/arztebl.2020.0126
- Bohl T. Overview of vulvar pruritus through the life cycle. *Clin Obstet Gynecol.* 2005;48:786–807.
- Raef HS, Elmariah SB. Vulvar Pruritus: A Review of Clinical Associations, Pathophysiology and Therapeutic Management. *Front Med (Lausanne).* 2021 Apr 7;8:649402.

Anna Hestner 2024

SSDV/Sektionen för venerologi och genital dermatologi, SVGD

Annons

Annons

Gemensam hud-reumamottagning har förbättrat och förenklat samarbetet på Skaraborgs sjukhus



Flera diagnoser inom dermatologi och reumatologi angränsar till eller överlappar varandra. Vanligast är psoriasis och psoriasisartrit men kollagenoser, vaskuliter och pannikuliter är exempel på andra tillstånd som handläggs på båda klinikerna. Därtill kan vissa individer ha två separata diagnoser i behov av immunmodulerande behandling, t.ex. bullös pemfigoid och reumatoid artrit. Som kvalitetsarbete under min ST startades en gemensam mottagning på Skaraborgs sjukhus för att tillsammans handlägga patienter och på så sätt korta kommunikationsvägar och förbättra samarbetet mellan klinikerna.

Mottagningen är schemalagd en timme, en gång per månad, tio månader om året. Uppehåll görs under juli och augusti. De reumatologer och dermatologer som är i klinisk tjänst den dagen samlas i ett konferensrum för att ägna de första 20 minuterna åt falldiskussioner. Det är fascinerande hur mycket som hinner avhandlas med bra möteskultur och pålästa kollegor! Falldiskussionerna föränmäls i de fall som kräver att fler doktorer läser in sig på patienten innan mottagningen. En lista med anmälda fall skickas ut några dagar i förväg till samtliga doktorer på respektive klinik. De föränmälda fallen prioriteras först. Om tid finns kvar finns möjlighet till spontana frågor, diskussioner kring läkemedelsbehandlingar, smarta arbetssätt och välfungerande rutiner som vi har gemensamt.

De sista 40 minuterna ägnas åt de patienter som kommer för ett fysiskt besök. Cirka tre patienter bokas in, dessa står också med på listan som skickas ut på förhand. Vi går tillsammans igenom patienthistorik och aktuell frågeställning. Ibland är det gemensamma nybesök från primärvården. Därefter delar vi upp oss i grupper och en grupp träffar en patient. När patienten är bedömd beslutar respektive grupp om fortsatt handläggning, vem som gör vad samt uppföljning. Sedan fortsätter vi med vår dag.

Under åren som vi haft mottagningen har vi vidareutvecklat vårt samarbete. Vid ett tillfälle på hösten och ett tillfälle på våren håller respektive klinik i anslutning till vår mottagning en kortare dragning om något gemensamt ämne. Vi har också haft gemensamma läkemedelsluncher och en tema-

förmiddag. En tanke vi har för att ta samarbetet vidare är att gemensamt föreläsa för andra kliniker.

Det som är mest givande är kunskapsutbytet. Det är en timme varje månad med klinisk nära fortbildning inom dermatologi/reumatologi i form av kluriga patientfall. Vi lär av varandra inom kliniken och mellan klinikerna. Detta gör vården mer jämlik. I de fall patienterna behöver träffa både dermatolog och reumatolog kan detta ske vid samma tillfälle. Vi har lärt känna varandra vilket har underlättat arbetet utanför vår gemensamma mottagning. Vi vet vilka vi är och vilka patienter vi har gemensamt. Det är en punkt i schemat som man ser fram emot och att ha en gemensam hud-reumamottagning kan varmt rekommenderas.

Petra Svensson

Specialistläkare, Hudkliniken,
Skaraborgs sjukhus

Diagnostiska fel – vanligaste orsaken till undvikbara patientskador inom dermatologin

I slutet av min ST har jag haft möjligheten att analysera data inom ett område som inte är så väl beskrivet tidigare: förekomsten av undvikbara patientskador inom dermatologin. Vi fann att diagnostiska fel och försenade diagnoser var vanliga orsaker till patientanmälda skador i Sverige. Kontinuerlig förbättring och lärande inom detta område kan förhoppningsvis bidra till att förbättra patientsäkerheten och undvika skador.

Tidigare studier av patientsäkerhet inom dermatologisk vård har lyft fram risker kopplade till vanliga procedurer inom specialiteten, såsom förväxling av biopsipreparat, blödningar vid kirurgiska ingrepp och sårinfektioner. I vår studie *“Diagnostic errors was the most common avoidable injury in 1211 patients with skin diagnoses. A report of claims to the Swedish National Patient Insurance Company during 2016 to 2020”* presenteras för första gången att en betydande del av undvikbara skador inom svensk dermatologi beror på diagnostiska fel. Studien bygger på data från regionernas ömsesidiga försäkringsbolag LÖF, innefattande 3208 patientrapporterade skador registrerade mellan 2016 och 2020.

Detta är den första studien i sitt slag i Sverige avseende skador inom dermatologisk vård utifrån patientrapporterade data.

Vi fann att det finns betydande skillnader mellan olika sjukvårdsregioner vad gäller antalet rapporterade skador per miljon invånare. Intressant nog hade större städer ett lägre antal anmälningar per invånare. En hypotes kan vara att tillgänglighet till hudsjukvård bidrar till en säkrare vård.

Vår studie visar att av de patientrapporterade skadorna, bedömdes 1211 som undvikbara enligt definitionen i Patientskadelagen (1996:799) och bland dessa var diagnostiska fel den vanligaste orsaken. Att patienter inte får rätt diagnos i tid kan få allvarliga och ibland dödliga konsekvenser. Bland de patientrapporterade skadorna fanns uppgifter om sjukskrivning och dödsfall. Materialet var dock för litet för att dra några säkra slutsatser.

Genom denna studie hoppas vi kunna lyfta fram behovet av förbättrade och mer strukturerade diagnostiska processer inom dermatologin. Förbättringarna kan gälla såväl kompetenshöjning inom primärvård och på specialistnivå som ökad betoning på differentialdiagnostiskt tänkande och interkollegial dialog, men även säkra processer för informationsöverföring och ökad tonvikt på delaktighet för patienter och närstående. Det är avgörande att vi inom vården lär av de misstag som sker för att kunna förbättra patientsäkerheten. Patientrapporterade skador är en ovärderlig källa till insikt och kan driva på nödvändiga kvalitetsförbättringar. Det är också viktigt att läkare vet om sin skyldighet

att informera patienten om möjlighet att anmäla skador till LÖF.

Vår förhoppning är att denna studie ska bidra till att minska antalet undvikbara skador och förbättra vården för patienter med hudsjukdomar i Sverige. Vi ser behov av att vidare undersöka hur tillgänglighet till specialister, tydligt beskrivna vårdkedjor och kunskapsstöd samt aktiv involvering av patienterna i den diagnostiska processen kan bidra till färre vårdskador. Digitala hjälpmedel som telemedicin vid diagnostik kan bidra till utjämning av regionala skillnader.

Jag vill uttrycka min djupa tacksamhet till SSDV för den hedersamma utmärkelsen ST-pris Bästa vetenskapliga arbete. Ett stort tack riktas också till min handledare Filippa Nyberg för hennes ovärderliga stöd samt till Pelle Gustavsson, som gett oss möjligheter att få analysera data från LÖF:s databas och har kommit med värdefulla råd om frågeställningar och tolkningar.



Korina Tryfonos

Specialistläkare

Karolinska universitetssjukhuset,
Sektion Ersta sjukhus, Stockholm

Att leva med lipödem

– “An uncertain uphill battle against a divergent body and societal ignorance”

Lipödem är en kronisk sjukdom som kännetecknas av onormal fettansamling på extremiteterna, särskilt benen, utan att fötter och händer påverkas. Tillståndet drabbar kvinnor och debuterar oftast i samband med hormonella förändringar såsom pubertet, graviditet eller klimakteriet, vilket indikerar en möjlig hormonell koppling. Fettansamlingen vid lipödem är symmetrisk och involverar vanligtvis inte buk eller bål. Samtidig förekomst av övervikt och fetma är vanlig och kan komplicera diagnostiseringen. De mest rapporterade symtomen vid lipödem inkluderar smärta, tyngdkänsla och återkommande blåmärken i huden. Även om sjukdomen beskrevs första gången 1940 är väldigt lite känt, inte minst hur lipödem påverkar de drabbade.

I en kvalitativ studie där tolv patienter som fått diagnosen lipödem inom sjukvården intervjuades, undersöktes deras erfarenheter av att leva med sjukdomen. Data samlades in med hjälp av intervjuer med informanterna, som transkriberades verbatim. Insamlade data analyserades induktivt med

kvalitativ innehållsanalys genom kodning, kondensering och abstrahering. Vi fann ett tema för informanternas samlade erfarenheter “*An uncertain uphill battle against a divergent body and societal ignorance*” (Fig 1). Temat är en metafor för upplevelsen av att vara fångad i sin kropp utan möjlighet att påverka, men även att symtomen och kroppsformen begränsade de drabbade i deras vardag. Begränsningarna genererade ett behov att adaptera och hitta hjälpmedel och utrustningar för att klara aktiviteter. Informanterna beskrev en social isolering på grund av sjukdomen och att de bemöttes med hån och nedsättande kommentarer i samhället. Annan viktig information som framkom i studien var behovet av stöd och bekräftelse från anhöriga och de närmaste, brist på information gällande lipödem och osäkerhet kring sjukdomens påverkan på ekonomin och framtiden.

Vår tolkning av studieresultaten är att lipödem skapar en ohälsosam självbild som begränsar sociala interaktioner och gör de drabbade till fångar i sina egna kroppar.

Symtom och fysiska hinder orsakade av lipödem påverkar förmågan till försörjning och osäkerheten kring framtiden skapar oro. Då lipödem saknar botande behandling, måste förebyggande åtgärder prioriteras för att förhindra uppkomst av associerade sjukdomar som övervikt, artros och diabetes.



Johan Dahlberg

Specialistläkare, Hud- och STD-kliniken,
Norrlands universitetssjukhus
Doktorand, Umeå universitet

Fig 1. Resultat av kvalitativ innehållsanalys av informanternas erfarenheter enligt tema, kategorier och subkategorier.

Subcategory	Category	Theme
Becoming increasingly aware of one's body image	Captivated by a disintegrating body	An uncertain uphill battle against a divergent body and societal ignorance
Resign to the illness		
Struggle with unfavorable physical symptoms	Face the impairments of a chronic condition	
Be limited compared to others		
Have strategies for adapting to the condition		
Feel different and singled out	Experience social exclusion	
Face disbelief and receiving negative comments		
Have shifting experiences of relations and intimacy	Need emotional support to go on	
Be acknowledged for having problems		
Act as a detective searching for information	Mull over an insecure future	
Tackle anxiety and worries due to progressive deterioration		

Annons

UV-skydd på förskolor i Gävle kommun

Under 2023–2024 har vi som hudläkare besökt ett 20-tal förskolor i Gävle kommun. Vi hade reflekterat över att så många av våra hudcancerpatienter arbetar som förskolelärare och ville undersöka detta närmare. Syftet var att informera om solvett och se hur barnen skyddas från UV-strålar samt vilka förutsättningar utemiljön ger till skugga och UV-skydd för barn och pedagoger. Projektet genomfördes med stöd av La Roche-Posay, som även bidrog med solskyddsmaterial till förskolorna.

Ganska tidigt upptäckte vi att få barn hade solhatt och täckande kläder mitt på dagen. Ett flertal barn var inte insmorda innan lämning på förskolan och vissa hade inte solkräm på hyllan. Förskolepedagogerna smorde in barnen med solskydd i mån av tid men kunde glömma sig själva. Många pedagoger hade inte på sig solhatt eller keps och det fanns generellt få skuggområden att vistas i.

På varje förskola började vi med att föreläsa i cirka 45 minuter för pedagogerna om solens positiva och negativa effekter och om vikten av solskydd. Vi informerade också om hur man bedömer sina födelsemärken. De som ville fick även möjligheten att få sina födelsemärken undersökta. Vi uppfattade att informationen var mycket uppskattad och välbehövlig. Vi hittade även flera hudtumörer som behövde åtgärdas.

Slutligen gick vi igenom utemiljön för att se hur mycket naturligt skydd i form av höga buskar och träd som fanns runt klätterställningar, gungor och sandlådor. Vi noterade även om solsegel eller parasoll fanns tillgängliga för barn och personal.

Eftersom de flesta barn spenderar många timmar på förskolor är det viktigt att erbjuda en bra och säker miljö inklusive solskydd. Barn är extra känsliga för UV-strålar och behöver skyddas nog från att bränna sig. Antalet hudcancerfall ökar hos befolkningen och UV-strålning från solen och från solarier är den främsta yttre riskfaktorn för hudcancer enligt WHO:s organ för cancerforskning. För att vända trenden måste människors exponering minska. Det finns en stark koppling mellan att bränna sig ofta och att drabbas av malignt melanom och särskilt farligt är det att bränna sig som ung.

Utifrån från våra observationer såg vi tyvärr många brister i utemiljön, som dock enkelt kan åtgärdas. Vi uppfattade också även att solkräm är dyrt för många föräldrar och inte alltid finns tillgängligt på förskolorna.

Tillsammans med Gävle kommun och Gävle fastigheter som sköter utemiljön kom vi fram till följande förbättringsförslag gällande UV-skydd på Gävle kommuns alla förskolor:

- Montering av solsegel över samtliga sandlådor.
- Plantering av snabbväxande höga buskar och träd som ger ett bra naturligt skydd på utegården. Växtlighet minskar UV-exponeringen med närmare hälften och ger även spännande lekplatser till barnen.



Anita Eshraghi, Ingela Svedberg och Maria Godås.

- Fler parasoll ska finnas tillgängliga så barn och personal lätt kan få skugga när de sitter ute.
- Information varje vår/sommar till vårdnadshavare och pedagoger om vikten av att skydda sig i solen med kläder, solhatt och solglasögon. Detta är av yttersta vikt också då pedagogernas inställning till solvanor påverkar barnen mycket.
- Se till att pedagogerna själva har tillgång till solhatt och solskydd. De har ett utomhusarbete vilket i sig leder till en ökad risk att utveckla hudcancer.
- Tillgång till solhatt för barn som har glömt sin hemma.

Våra observationer på Gävles förskolor är långt ifrån unika. Många förskolor runt om i landet saknar UV-skydd. Nyligen publicerades även en studie från Örebro av Maria Klasson, yrkes- och miljöhygieniker vid Arbets- och miljömedicin på Universitetssjukhuset i Örebro. Denna visar att endast sju procent av de undersökta förskolegårdarna har tillräckligt solskydd för barnen. En liknande studie från Göteborg har visat att 24% av alla förskolor saknar solskydd i form av höga träd, buskar och kuperade lekplatser.



Som hudläkare behöver vi inom hälso- och sjukvården arbeta än mer långsiktigt hälsofrämjande och få förutsättningar till förebyggande arbete. När vi på våra mottagningar ser allt fler hudtumörer som behöver omhändertas känns det ofta som att vi endast släcker bränder. Vi i Sverige behöver ta efter länder som Nya Zeeland och Australien där man har tydliga system för att sprida information om solvett och arbetar aktivt med att ge bättre UV-skydd för barn och ungdomar på stränder, lekplatser samt framför allt i skola och förskola.

Anita Eshraghi

Specialistläkare,
Specialistläkargruppen Gävle

Maria Godås

Specialistläkare,
Specialistläkargruppen Gävle

Ingela Svedberg

Specialistläkare,
Specialistläkargruppen Gävle

Referenser

- Strålsäkerhetsmyndigheten. Tips för bra UV-skyddade förskole-och skolgårdar. 2018 [cited 2023-02-13]; Available from: <https://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/omraden/sol-och-solarier/rad-och-rekommendationer/planera-for-sol-och-skugga-pa-forskolegardar-och-skolgardar/tips-for-bra-uv-skyddade-forskole--och-skolgardar/>.
- Strålsäkerhetsmyndigheten. Särskilda solråd för barn. 2021 [cited 2023-02-13]; Available from: <https://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/omraden/sol-och-solarier/rad-och-rekommendationer/sarskilda-solrad-for-barn/>.
- Folkhälsomyndigheten, Miljöhälsorapport 2021 – Barns miljörelaterade hälsa.
- Solskydd på förskolor i Örebro kommun – en miljömedicinsk bedömning [cited 2023-03-20]; Available from Region Örebro län <https://vardgivare.regionorebrolan.se> › ...Endast sju procent av förskolegårdarna har tillräckligt solskydd för barnen
- Studie av förskolors utemiljö i Göteborg 2016-06-21 NewsMachine AB <https://press.newsmachine.com> › ...PDFUtomhusmiljö på förskolor i Göteborg

Annons

Annons

Reflektioner från EADV Spring Symposium 2024: Michael Hornstein Memorial Scholarship & Spring Symposium 2024



Alla stipendiater.

Tänk er soliga Malta, fullpackad med dermatologientusiaster från världens alla hörn – och där, mitt i smeten, fanns jag i våras! Jag hade äran att delta i den prestigefyllda EADV-stipendieceremonin, tack vare Michael Hornstein Memorial Scholarship. Detta stipendium är till för unga (under 40, inte min definition!) dermatologer, ST-läkare och forskningsaktiva kollegor. Kommittén för utmärkelser bedömer CV, personliga brev och vetenskapliga aktiviteter för att sedan välja ut en representant från varje deltagande EU-land. Jag hade den stora äran att representera Sverige och mottog ett resestipendium på 1000 EUR, avgiftsfri registrering till vårsymposiet samt ett medlemsår i EADV, vilket öppnar dörrar till massor av utbildnings- och nätverksmöjligheter.

Stipendieceremonin inleddes med inspirerande tal från några av dermatologins superstjärnor. De betonade vikten av livslångt lärande och internationellt samarbete – ett budskap som satte tonen för hela evenemanget. Stipendierna lyftes fram som en språngbräda för våra framtida karriärer och påminde oss om vår potential att göra skillnad. Efter prisutdelningen var det dags för nätverkande. Här fick vi chansen att mingla, dela erfarenheter och kanske till och med påbörja nya samarbeten över nationsgränserna. Det var otroligt berikande att träffa kollegor från så många olika bakgrunder och länder – det kändes som en global dermatologifest där alla hade något unikt att bidra med.

När jag senare anlände till själva symposiet, fylld av både förväntan och koffein, var spänningen nästan elektrisk. Där stod vi, tusentals hudläkare i olika skeden av karriären, glänsande med flera lager SPF-kräm, alla med ett gemensamt mål: att lära oss det senaste inom dermatologin och knyta kontakter. Efter att vi fått våra namnskyltar i en vältempererad lokal var vi redo att dyka ner i årets vetenskapliga buffé, som täckte ämnen som akne, atopisk dermatit, dermatoskopi, kirurgi, bilddiagnostik, pediatrik och migrantdermatologi. En av höjdpunkterna var plenarsessionen om lepra på Malta – en resa genom både historiska och moderna perspektiv som gav oss nya insikter och tankeställare.

Detta var min första resa till Malta och jag måste säga att ön överträffade mina förväntningar. Med sitt unika läge i Medelhavet erbjuder Malta en fascinerande blandning av språk, historia och kultur. Jag blev snabbt förtjust i det maltesiska språket, en härlig mix av arabiska, italienska och engelska som speglar öns brokiga historia och kosmopolitiska själ. Även kulturen var ett äventyr i sig – en spännande fusion av traditionella europeiska influenser och något alldeles eget. Med mig på äventyren, hade jag ST-kollegan Emma från Storbritannien som berättade massor om den brittiska kungafamilijs vistelser på ön. Henne hade jag lärt känna på gemensam hudbiologikurs vid Cambridge University och det råkade vara så att vi båda var stipendiater i år. Att få vandra runt i de charmiga grän-



derna och ta del av både den brittiska och maltesiska historien, samtidigt som jag njöt av den medelhavska atmosfären, gav verkligen en ny dimension till berättelserna. Det var som att dyka in i en levande historiebok, där det maltesiska språket och kulturen satte allt i ett helt nytt perspektiv.

Att delta i detta evenemang var inget annat än inspirerande och jag uppmanar alla mina unga (!) kollegor att söka. Det gav inte bara en möjlighet att uppmärksamma akademiska framgångar, utan också att lära av de främsta inom vårt fält och att knyta ovärderliga band med kollegor från hela världen. Jag ser fram emot att använda de insikter jag fått här i min fortsatta professionella resa.

Blerand Berisha

ST-läkare, Hudmottagningen,
Helsingborgs lasarett

SSDV:s ST-pris 2025

För att uppmärksamma ST-läkarnas vetenskapliga arbeten och kvalitetsarbeten utlyser SSDV fyra priser à 7000 kr, två till vetenskapligt arbete samt två till kvalitetsarbete. I priset ingår även betald kongressavgift (early bird-registrering) till NCDV i Helsingfors där pristagarna uppmärksammas under SSDV:s årsmöte. Belönade arbeten presenteras vid SSDV:s ST-möte 2025 samt som referat i medlemstidningen D&V och på hemsidan.

ST-läkare och nyblivna specialister som erhållit specialistbevis under 2024 är välkomna att söka SSDV:s ST-pris för vetenskapligt arbete och för kvalitetsarbete som utförts under ST. Arbetet skall vara tänkt att användas eller har bifogats vid specialistanmälan. Sökande ska vara medlem i SSDV. Ansökan bör innehålla en kopia av arbetet, en kort sammanfattning av arbetet samt curriculum vitae inklusive kontaktuppgifter: namn, adress, mailadress, telefonnummer, aktuellt arbets-

ställe och uppgift om huvudman. Om sökanden är specialist ska kopia på specialistbevis bifogas.

För att kunna bedöma såväl det vetenskapliga arbetet som kvalitetsarbetet ska det tydligt framgå vad ST-läkaren gjort själv och vad medförfattare eller andra personer bidragit med. På SSDV:s hemsida finns mer information om ST-priset, beskrivning av bedömningskriterier samt ytterligare uppgifter om vad som bör bifogas vid ansökan.

Ansökan skickas in elektroniskt till SSDV:s kansli (info@ssdv.se). Sista ansökningsdatum är den 1 januari 2025.

Mahsa Tayefi, Utbildningsansvarig SSDV

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

Save the date!

SVGD:s årsmöte
23 januari 2025

Svenska läkaresällskapet,
Klara Östra kyrkogata 10, Stockholm
Mer info via ssdv.se



Save the date!

SVGD:s utbildningsdag
24 januari 2025

Svenska läkaresällskapet,
Klara Östra kyrkogata 10, Stockholm
Mer info via ssdv.se



Välkomna att nominera personer till Hedersmedlem samt till Pedagogiskt pris 2025

Vi tar tacksamt emot förslag på Hedersmedlem samt kandidater till Pedagogiskt pris 2025. Lämna motiveringar till era nomineringar. Nomineringarna skall vara oss tillhanda senast 31 januari 2025 och skickas till info@ssdv.se. Beslut tas av SSDV:s styrelse. Diplom i båda dessa kategorier utdelas vid SSDV:s årsmöte i Örebro 2025.



Adressändring!



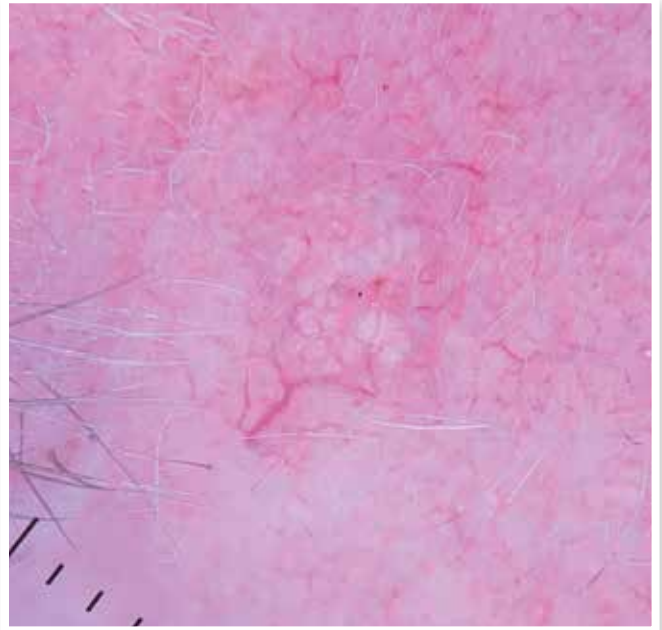
Om du flyttar eller byter arbetsplats så glöm inte att meddela din nya adress till SSDV:s kansli på info@ssdv.se

Dermatoskopiquiz

Eftersom ingen kunde ställa korrekt diagnos på föregående quiz får ni i detta nummer två nya chanser att svara rätt.

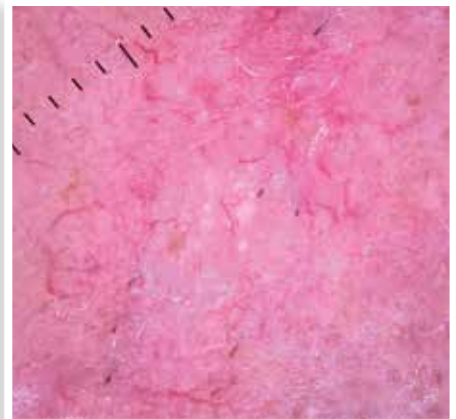
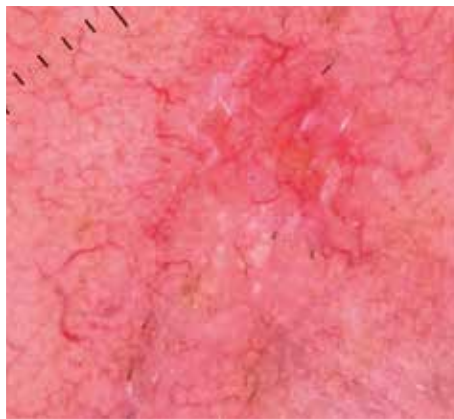
Fall 1

En 72-årig kvinna söker för en långsamtväxande nodulär lesion vid glabella. Vad blir din diagnos?



Fall 2

En 75-årig man söker för en långsamtväxande nodulär lesion till höger på överläppen. Första dermatoskopibilden är tagen med polariserat ljus och andra med icke-polariserat ljus. Diagnosen kanske du känner igen men vad kallas de runda gulvita strukturerna som ses dermatoskopiskt?



Skicka gärna era förslag på diagnos via mail till: john.paoli@vgregion.se

Facit får ni som vanligt i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de skickliga dermatoskopister som svarade rätt på detta quiz.

Bästa hälsningar

John Paoli
Professor,
Sahlgrenska akademien,
Göteborgs universitet



Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopiquiz från nr 38 • 2/2024

Facit:

I förra numret av D&V bad jag er att ställa diagnos på denna lesion till vänster på halsen hos en 24-årig man med stort antal nevi som uppger att den har blivit klart mörkare på sistone.

Dermatoskopiskt ses här en lesion på en kombination av två mönster med fin symmetri. Perifert ses ett mörkt pigmentnätverk och centralt ses ett större område med homogen mörkblå pigmentering. Nätverket talar för en junction-komponent i en melanocytär lesion medan homogena blå pigmenteringen talar för en djupare dermal komponent. Man skulle alltså kunna tänka sig att det vi ser är ett junction nevus kombinerat med ett blått nevus, ett s.k. ”combined nevus”, eller ett invasivt melanom. Symmetrin med en mycket central och välavgränsad blå komponent talar förstås mer för det förstnämnda¹. För säkerhets skull utfördes dock en excision och PAD bekräftade ett kombinerat nevus med blått nevus inom ett junction nevus.

Dessvärre var det ingen som angav rätt diagnos denna gång men förhoppningsvis har ni lättare med de nya fallen som ni får bedöma i detta nummer.

Referenser:

1. Stojkovic-Filipovic J, Todorovic D, Lallas A, *et al.* Dermatoscopy of combined blue nevi: a multicentre study of the International Dermoscopy Society. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(4):900-905.



John Paoli
Professor,
Sahlgrenska akademin,
Göteborgs universitet



Annons

GÖR EN LIVSVIKTIG INSATS

Bli månadsgivare på
lakareutangranser.se



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

SSDV:s styrelse



Ordförande
Lena Lundeberg
(Stockholm)



Utbildningsansvarig
Mahsa Tayefi
(Stockholm)



**Utbildningsansvarig,
suppleant**
Maria Haraldsson
(Skövde)



Vice ordförande
Mihály Matura
(Umeå och Örebro)



ST-representant
Teo Helkkula
(Lund)



**ST-representant,
suppleant**
Jenny Lindqvist
(Jönköping)



Sekreterare
Gunnthorunn
Sigurdardottir
(Linköping)



Ledamot 1
(repr. privatpraktiserande)
Tore Särnhult
(Kungsbacka)



Ledamot 1, suppleant
Lena Holm Sommar
(Stockholm)



Skattmästare
Arne Wikström
(Stockholm)



Ledamot 2
(repr. venerologi)
Christian Steczko Nilsson
(Uppsala)



Ledamot 2, suppleant
Petra Tunbäck
(Göteborg)



Redaktör
Petter Bengtsson
(Örebro)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli
Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer
Birgitta Stymne (Linköping)
Åke Svensson (Malmö)

Revisorssuppleanter
Alberto Aulet (Umeå)
Virginia Zazo (Umeå)

Representant
Svenska Läkaresällskapet
Ordinarie: Lena Lundeberg (Stockholm)
Mihály Matura (Skövde)
Arne Wikström (Stockholm)
Suppleanter: Lena Holm Sommar,
Mahsa Tayefi, Petter Bengtsson

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

Valberedning
Karim Saleh (Lund)
Sammankallande
Ada Girnita (Stockholm)
Amra Osmancevic, Göteborg
Richard Lindström, Umeå

Ansvarig för hemsidan:
Petter Bengtsson (Örebro)

SSDV:s kalender 2024

2024

SSAMD-möte

2024-10-16 - 2024-10-17

Göteborg

SSDV:s ST-möte

2024-10-21 - 2024-10-22

Västerås

Hudpatologikurs för ST läkare

2024-11-05 - 2024-11-07

Solna

ST-kurs Global Dermatologi och melaninrik hud

2024-12-05 - 2024-12-06

2025

SVGD:s årsmöte

2025-01-23

Stockholm

SVGD:s utbildningsdag

2025-01-24

Stockholm

ST-kurs i Pediatrik dermatologi

2025-01-27 - 2025-01-30

Stockholm

ST-kurs i Diagnostik och behandling av hudtumörer

2025-03-24 - 2025-03-28

Göteborg

Vadstena 4 - The "actinic march"- how to choose wisely in the management of actinic keratosis, Bowen's Disease and SCC

2025-04-07 - 2025-04-08

Vadstena

15th World Congress of Pediatric Dermatology

2025-04-08 - 2025-04-11

Buenos Aires, Argentina

Nordic Dermato-Venereology Congress

2025-05-06 - 2025-05-09

Helsingfors, Finland

4th ILDS World Skin Summit

2025-10-23 - 2025-10-25

Kapstaden, Sydafrika

Utgivningsplan 2024:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 37	12 februari	4 april
Nr 38	6 maj	3 juli
Nr 39	19 augusti	9 oktober
Nr 40	28 oktober	18 december



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

Annons

Annons