

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 41 • 1/2025



10-års jubileum med tillbakablickar • SVGD:s utbildningsdag
Medicinhistorisk utställning om syfilis • På HS-mottagning i Rotterdam

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@vregion.se

Christian Steczko Nilsson
christian.steczko@gmail.com

Josefin Ulriksdotter
josefin.ulriksdotter@skane.se

Ansvarig utgivare:
John Paoli
john.paoli@vregion.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
Karlskärn - Växjö - Emmaboda



Omslagsbild:
Kollage, Tio år med D&V.

Foto: Flera

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
Checklista ST.....	5
SVGD:s utbildningsdag: Genitala dermatoser och nytt som grytt.....	7
ESMS kurs i Mohs kirurgi.....	10
Disputation vid Karolinska Institutet.....	12
Rapport från auskultation på Erasmus medical center i Rotterdam.....	14
"Vilket vackert sår..." - Syfilis i kropp och samhälle.....	17
Reglering av estetiska laserbehandlingar.....	22
ST-kurs i bensår november 2024.....	26
SDKO:s Nyhetsbrev inför 2025.....	31
Dermatoskopikviz.....	32
Dermatoskopikviz - Lösning.....	34
Artiklar från de 10 åren med D&V.....	37
SSDV:s styrelse.....	79
SSDV:s kalender.....	80

Tio år med D&V

I maj 2014 fick jag äran att tillträda som ordförande för SSDV efter att tidigare ha varit styrelseledamot i fyra år som redaktör och därefter vice ordförande i två år. Vi hade precis invigt SSDV:s nya kansli och lyckats sjösätta projektet "SSDV 2.0" med lanseringen av sällskapets nya hemsida tack vare fantastiska insatser från redaktör Christian Steczko Nilsson och medlemsadministratör Agneta Andersson. Men hur skulle styrelsen, sektionerna och intressegrupperna kunna förbättra sin kommunikation med medlemmarna ytterligare?

Torsdagen den 16 oktober 2014 möttes jag och Jean Lycke från Mediahuset för lunch på Brasserie Lipp i Göteborg. Under lunchen pitchas idén med att starta upp en medlems-tidning för SSDV:s medlemmar. Jag nappar direkt och tar omedelbar kontakt med övriga i styrelsen som också ställde sig positiva till tanken. Frågan var bara hur vi skulle orka skapa intressant och relevant material till en medlems-tidning som skulle publiceras fyra gånger per år. Christian och jag tog på oss utmaningen och tryckte gasen i botten.

Redan i april 2015 kom första numret av D&V ut. Detta var tänkt som ett provnummer och en månad senare vid årsmötet i Skövde skulle medlemmarna få rösta på tidningens vara eller icke vara. Godkännandet klubbades igenom, och resten är historia – en fantastiskt rolig och framgångsrik sådan, om jag får säga det själv.

Genom åren har vi fått läsa om och se bilder från alla vårmöten och nordiska kongresser, vi har njutit av referat från nationella och internationella kurser/möten och vi har uppdaterats tack vare rapporter från våra sektioner, intressegrupper, kvalitetsregister samt DVSS. Att samla material till varje nummer var dock inte alltid lätt i början och efter några år insåg Christian och jag att vi behövde förstärkning i teamet.

När det var dags för julnumret 2019 (tidning nummer 20) kom jultomten med en fantastisk ny redaktör från Helsingborg vid namn Josefin Ulriksdotter. Redan under första sommaren av pandemin tog Josefin över som chefredaktör för tidningen och samarbetet har inte kunnat vara bättre. Men det var inte nog med detta. Strax före pandemins slut kom ytterligare förstärkning till redaktörsteamet med ordkonstnären Petter Bengtsson från Örebro. Även han uppgraderades till chefredaktör ifjol.

Jag vill ge en enorm eloge till Petter, Josefin och Christian för all tid och energi de lägger ner på medlemstidningen. Mest lärorikt – och kanske roligast av allt – är våra engagerande språkdiskussioner via mail. Dessa kan ibland liknas vid gladiatorkamper där grammatiken alltid vinner samtidigt som ingen av oss förlorar. Vidare har samarbetet med Mediahusets kunniga "layoutare" Annika Cederlund, Elin Ankarskär, Camilla Wixenius och, numera, Peo Göthesson varit exceptionellt genom åren. Inte att för-glömma har vi alla kollegor som konstant bidrar med spännande nytt material till tidningen och självklart även alla företag som annonserar i den.

Numera står jag kvar som redaktör och ansvarig utgivare även om jag får vara ärlig med att säga att det är Petter, Josefin, Christian och Peo som gör det allra mesta av arbetet. Sedan tidning nummer 3 har jag dock bidragit med totalt 59 olika fall till traditionella dermatoskopi-quizet som publiceras i varje nummer. Och denna tradition ämnar jag att bevara om intresse fortsätter att finnas. Jag vill passa på att gratulera Ghena Shabana, Läkargruppen, Västerås, som leder rankningen genom tiderna på quizen med korrekta diagnoser 8 gånger. På delad andraplats med 5 korrekta diagnoser var under dessa 10 år har vi Marta Hubacz (Hudmottagningen Växjö) och Jenna Pakka (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg) som självklart också förtjänar ett omnämnande här.

Jag hoppas att ni njuter av detta extratjocka jubileumsnummer av vår medlemstidning där ni kommer att hitta massor av andra minnen från våra första 40 nummer och ser fram emot fortsättningen!



John Paoli

Professor
Sahlgrenska akademien
Göteborgs universitet

Annons

SSDV:s ordförande blickar framåt

När denna text kommer i tryck så är det vår men just nu är vi i februari månad med allt vad det innebär. Snökaos, skidåkning och vabruari men dagarna är lite längre och man kan få känslan av att det har vänt. Och jag har finbesök i trädgården, tur att maten också räcker till småfåglarna.

I år firar vår tidning D&V, 10 årsjubileum närmare bestämt... med ett fullspäckt nummer denna gång. Det är roligt att så många lämnar in texter till tidningen och redaktionen har ett sjå att välja ut. Själv är jag och några till fullt sysselsatta med att bedöma stipendiensökningar. Väldigt många ansökningar har kommit in och vi försöker att vara rättvisa och dela ut så bra som möjligt. Stipendierna kommer att redovisas på NDA-mötet i Helsingfors. Vi hoppas att många kommer att delta. Årsmötet går av stapeln onsdagen den 7 maj kl 7–9 svensk tid och man kan delta både på plats och digitalt.

Arbetet med att förändra hemsidan pågår tillsammans med Mediahuset, med ett nytt utseende och tillkomst av reklamfinansiering som kommer SSDV tillhanda. På årets agenda i övrigt står bland annat Kloka Kliniska Val och frågan om ST-utbildning inom privat vård i samarbete med Svenska läkaresällskapet SLS. Hoppas ni kom ihåg att lämna förslag på personer för SLS:s priser. Kom också ihåg att göra plats för ST-mötet 6–7 oktober och verksamhetschefsmötet 14 oktober.



Lena Lundeborg
Ordförande SSDV
Överläkare, Hudkliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset



Nytt år för oss, starten av ett nytt decennium för tidningen D&V – och kanske ny ST-tjänst för någon?

Tiden när det är mörkt på väg till och från jobbet är äntligen slut. Årets första månad är avklarad. Det känns på något vis alltid lättare då. En nystart kan trots att den är efterlängtat ibland vara stressig att navigera sig igenom. Bland mina första uppdrag som ST-representant var att formulera en enkel "checklista" för dig som ny ST-läkare inom dermatovenereologi. Dokumentet kommer gå att finna på SSDV:s hemsida under ST-delen och kan med fördel gås igenom tillsammans med handledaren. Jag tar gärna emot förbättringsförslag.

Inför detta D&V-nummer så dök jag ner i arkivet med tidigare utgivna exemplar. Jag stötte på rubriker som "nu ökar gonorré" och "säkert att gå ner från 4 cm till 2 cm gällande operationsmarginal vid högriskmelanom" (ser fram emot en uppföljare på detta tema). Fick mig ett gott skratt när det dök upp en bild på läkarna från min hemmaklinik, då de framförde "Hudstans"-låten i samband med vårmötet i Jönköping. Bland tidigare nummer finns riktiga godbitar gömda helt enkelt!

Stort tack till er alla som arbetat och fortsätter arbeta med tidningen och hemsidan. Ser fram emot att fortsätta ta del av lärorika artiklar, intressanta och spännande sammanfattningar från möten och kurser samt andra bidrag från drivna kollegor.

Arbetet med årets ST-möte är i gång. Save the date; **6–7 oktober 2025 på Steam Hotel i Västerås.**



Jenny Lindqvist

ST-representant

ST-läkare, Hudmottagningen,
Länssjukhuset Ryhov

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



Checklista för nybliven ST-läkare inom Dermatoveneorologi

Som ny ST-läkare kommer mycket information från många olika håll och tanken med denna lista är att förenkla den första tiden:

❖ Bli medlem i SSDV

För att bland annat kunna ta del av kursutbudet, söka vissa stipendier och få information från SSDV (Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi) är det viktigt att du blir medlem. [Sök medlemskap](#)

❖ Målbeskrivning

SSDV:s utbildningsgrupp arbetar ständigt med att förbättra målbeskrivningen. Ta dig tiden och gå igenom målbeskrivningen med kommentarer samt checklistor för att kunna planera din ST på bästa sätt. [ST-förordning och målbeskrivning](#)

❖ Individuell utvecklingsplan (IUP)

ST-tiden känns lång när man ser över antalet månader men tiden går fort. Tillsammans med din handledare skall du ha formulerat en IUP. Fundera kring behov gällande randningar och auskultationer som du kanske behöver söka lång tid i förväg för att dessa skall hinnas med. Behovet av olika randningar och auskultationer styrs utifrån dina tidigare erfarenheter samt vilket sjukhus din ST-tjänstgöring utgår från.

❖ Kurser

Vår specialisttjänstgöring bygger i huvudsak på obligatoriska kurser. SSDV anordnar återkommande obligatoriska kurser.

[SSDV:s ST-kurser](#)

(Kurser inom A- och B-mål finns det olika upplägg för inom regionerna.)

Obligatoriska kurser (Observera att vissa kurser ges på två orter (A+B) du behöver enbart gå en av dessa)

- 1) Diagnostik och behandling av hudtumörer
- 2) Arbets- och miljödermatologi
- 3) Venereologi
- 4) Bensår
- 5) Dermatopatologi
- 6) Psoriasis, Eksem, Handdermatoser, Urtikaria och Systemläkemedel

Icke obligatoriska SSDV-kurser

- 7) Gränsområdesdermatologi
- 8) Global dermatologi
- 9) Pediatrisk dermatologi

❖ Andra kurser av intresse för ST-läkare

Det finns också många andra kurser, program och utbildningar som du kan läsa mer om på [Andra kurser för ST-läkare](#)

❖ ST-möte

Ett vetenskapligt möte som anordnas årligen. Här får du möjlighet att träffa många ST-läkare från hela landet samt ta del av spännande och intressanta föreläsningar. Fokus på ämnen som ej täcks av övriga SSDV-kurser.

❖ Isotretinoin/alitretinoin dispens

Som ST-läkare på en hudmottagning kommer du behöva skriva recept på bl.a. isotretinoin. För detta krävs dispens från Läkemedelsverket. Vissa hudmottagningar har en checklista som man går igenom med handledaren innan intyget för dispens skickas in.

Blanketten skickas till registrator@lakemedelsverket.se

- Normal handläggningstid är cirka två veckor.
- Beslut om dispens är alltid tidsbegränsade och kan villkoras.
- I regel beviljas dispens för fem år.
- [Blankett dispansansökan HSLF FS 2017 74](#)

❖ Stipendier

Varje år delas det ut ett flertal stipendier (även specifika ST-stipendium). Välkommen att söka dessa.

Läs mer under Stipendier på SSDV.se.

❖ Riktlinjer

SSDV:s intressegrupper arbetar ständigt med att hålla riktlinjerna uppdaterade. Du kan ta del av dessa på SSDV:s hemsida under "SSDV:s rekommendationer och nationella vårdprogram" under rubrikerna Dermatologi, Venereologi och Läkemedel.

Annons

Genitala dermatoser och nytt som grytt

I en närmast fullsatt Karolina Widerströmsal på Läkaresällskapet i Stockholm avhölls årets emotsedda utbildningsdag under mild men fast ledning av sektionens ordförande Christian Steczko Nilsson (Hudmottagningen på Akademiska sjukhuset) som också fick äran att vara först ut av föreläsarna.

Är jag normal därnere? – "om undermedvetenhet"

Med en humoristisk blinkning till Michelangelos "David" och löfte om att inte förleda oss fick vi höra om normala penislängder (5–15 cm/8–19 cm erigerad), "showers" och "growers", testiklar som ska ha en konsistens av kokat ägg (8 minuter), att blygdläppar egentligen kan se ut hur-som-helst samt en uppsjö av vanligt förekommande underlivsfynd. Ett frekvent inslag av mer tveksam karaktär är att 75–85 % av kundkretsen är rakade eller ansade genitalt vilket gjort flatlusen till en hotad art (!) men samtidigt banar väg för mollusker, kondylom och candida.



Shower eller grower?

Vulvovaginal candida – "söt men knappast rar"

Gynekologen Cathrin Alvendahl (Danderyds sjukhus) gav oss nya insikter i behovet av diagnostik samt patogenes och behandling.

Candida är den kanske vanligaste orsaken till klåda i underlivet, drabbande 75–80 % av alla kvinnor någon gång i livet. I en apoteksstudie säkerställdes candida hos endast 1/3 av de kvinnor som inhandlat receptfria svamppreparat, talande för stor överbehandling. 5–8 % av de drabbade är recidivbenägna. 50 % återfaller efter 6 månaders underhållsterapi, men lika många går i remission! 20 % av friska har candida i sin normalflora. Odla och resistensbestäm frikostigt.

Recidivbenägenheten är multifaktoriell och beroende av ålder/livssituation. Svampens benägenhet att bilda biofilm gör den mer svåråtkomlig för lokala preparat, men beredningar av borsyra, dekvalinium (preparat för bakteriell vaginos) och klorhexidin kan delvis kompensera för detta.

För närmare klinisk vägledning rekommenderas SFOG:s "Vulvovaginala svampinfektioner" (C. Alvendahl, S.Ehrström, C.Rydberg) 2021.

Bagatellisering har ingen plats – inkännande och realism är honnörssord!

En buffé med genitala dermatoser

Med bildrik dukning förmedlade de dermatologiskt vittfarna styrelseledamöterna Petra Tunbäck (Sahlgrenska Universitetssjukhuset), Elisabet Nylander (Norrlands Universitetssjukhus), Karin Borgström (Falu Lasarett), Anna Hestner (Skaraborgs sjukhus) och Arne Wikström (Karolinska Universitetssjukhuset) en aktuell exposé med klinisk betoning.

Lichen sclerosus et atrophicus (LSA) av klinisk recidiverande karaktär behandlas med god effekt och minimerad cancerrisk vid konsekvent nedtrappnings- och underhållsterapi med grupp 4-steroid (salva!) eller tacrolimus och eventuell systembehandling (metotrexat, retinoider m.fl.) som alternativ. Män insjuknar vid 30–50 års ålder, kvinnor oftast vid menopaus, men tillståndet kan också ses hos barn. Möjligen finns en autoimmun koppling, men screening rekommenderas inte.

Lichen planus (LP) i underlivet är övervägande erosiv och har stor tendens till funktionshämmande angrepp även i andra slemhinnor med risk för omfattande men, varför patienten bör handläggas inom ramen för specialistövergripande teamarbete. Grupp 4-steroid och prednisolonvagitorier utgör första behandlingslinjen med tacrolimus som alternativ. Systembehandling saknas.

Eksem är den vanligaste genitala dermatosen, framför allt atopisk dermatit, seborroisk dermatit och icke-allergisk kontaktdermatit. 1/3 av psoriatikerna har genital-/invers manifestation, en del som enda lokal. Överdrivna tvättvanor och irritation av lokalbehandlingsmedel bidrar.

Grupp 2–3 steroid i nedtrappning med tacrolimus eller pimecrolimus som underhållsterapi kombineras med hudbarriärstärkande salvor/oljor.

Vulvklåda är vanligt med stor negativ inverkan på livskvaliteten. Förutom nämnda orsaker ska infestationer (flatlus/skabb), malignitet, dermatografism (fysikalisk utlöst urtikaria), samsjuklighet och psykosomatiska faktorer övervägas. Behandling av underliggande orsak – gärna salvor istället för kräm. Eventuell indikation för xylocain 5 % i Essexkräm, amitriptylin (p.o) eller Bucky. Tänk: multifaktoriellt – hygienråd – stärkt hudbarriär!

Avslutningsvis, innan lunch, tog Arne oss med på sightseeing i **balaniternas och balanopostiternas** värld. Av specifika tillstånd redogjordes för plamacellsbalanit med debut i medelåldern och som trots sin intensiva orangeröda färgprakt är relativt symtomfri. Stöd för infektiös genes saknas men precanceros bör hållas i åtanke, varför tillståndet bör PAD-verifieras. Periodvis grupp 3-steroid. Circumcizio botar.

Vid circinat balanit kopplat till reaktiv- eller bakteriell uretrit bör samtidig STI uteslutas. Svarar bra på grupp 4-steroid – möjligen autoimmun koppling.

Den stora gruppen är trots allt ospecifik balanit av multifaktorell genes. Inslag av förhudsdisfunktion och överhygien samt irritation av vaginalt sekret (candida?) är vanligt. Regelrätt candidabalanit är dock mycket ovanlig!

Doxy-PEP – "förtida bot eller framtida hot?"

Finn Filén, dermatovenereolog och infektionsläkare verksam vid Venhälsan, Stockholm, problematiserade detta uppsegrande koncept riktat till riskgrupper. Tanken är att erbjuda en engångsdos doxycyklin 200 mg inom 72 timmar efter oskyddat sex med okänd partner och när patienten själv känner för det (med antibiotika på fickan) och på så vis förhindra insjuknande i STI. Detta skulle i ett kort perspektiv kunna mota gonorré men vara otillräckligt för att behandla klamydia och syfilis. Risken för fördröjd diagnostik av allvarlig sjukdom (syfilis) är reell och en accelererande resistensutveckling med multiresistenta bakterier är överhängande. Det passar dåligt in i en svensk och nordisk kontext med restriktiv antibiotikainvändning och minskat miljöavtryck.

Fungerande antibiotika är en gemensam resurs som måste värnas – istället måste vi kunna erbjuda goda testmöjligheter!

Ett ökat tryck från den allmänna opinionen är att vänta.



Nytt på gång..



Förväntansfullt!

"Bussa på dom ...?" – SRHR-bussen och den oroliga patienten

Liv Nordlund, sjuksköterska och Sofia Wickstrand, barnmorska berättade entusiastiskt om Västra Götalandsregionens uppskattade uppsökande verksamhet för att tillgängliggöra en mottagning för sexuell hälsa (SRHR=Sexuell och Reproductiv Hälsa och Rättigheter). Det är en lågröskelmottagning för STI-provtagning, preventivmedelsrådgivning, HPV-vaccination m.m. men framför allt samtal om sexuell hälsa i stort – prickar och prestation och om att duga. Tillfället att dyka upp i storstadens ytterområden och på småorter är en styrka – drygt hälften är män, en målgrupp som vi annars har svårt att nå.

Sexuell hälsa är en omistlig del av den allmänna hälsan!

Allt roligt har ett slut

Avslutningsrundan handlade om nygamla manifestationer av gonorré, STI:n i stark ökning.

15 minuter före utsatt tid avslutade ordföranden mötet och hemförlovade ett engagerat men aningen tröttkört auditorium – många finner säkert anledning att återkomma nästa utbildningsdag, fredagen 23 januari 2026. Väl mött då!



Vid pennan,
Per Anders Mjörnberg
Pensionerad Dermatovenereolog

Annons

ESMS kurs i Mohs kirurgi

"Undervisningen bestod av föreläsningar varvat med interaktiv gruppundervisning."

Många av er känner mig kanske mest som STI-intresserad hudläkare vid Skånes Universitetssjukhus, men vid sidan av mitt intresse för "de nedre regionerna" så gillar jag också tumörer och hudkirurgi och jag hade förmodligen inte för två år sedan fått börja i Mohs-teamet i Lund. Det är enormt roligt att lära sig någonting helt nytt och nu några år in, när jag börjat få lite koll på de olika stegen vid utskärning och färgning kände jag mig redo att få lära mig mer och fokusera på rekonstruktionsdelen.

Jag hade turen att få SDKO:s stipendium för att delta i den europeiska kursen i Mohs kirurgi. Kursen arrangeras av European Society for Micrographic Surgery (ESMS). En osedvanligt varm dag i början av september, närmare bestämt 29 grader i Malmö, begav jag mig till Genève. Döm om min besvikelse när jag möttes av 17 grader och regn. Men efter det blev det bara bättre, mycket bättre, både vädret men framför allt när kursen kom igång.

Det var deltagare från 26 olika länder, där en hade åkt hela vägen från Australien. Några var där för första gången, precis som jag, medan andra berättade att de åker varje gång kursen ges. Kursen har två spår, ett för nybörjare och ett för de mer erfarna. Det finns även ett spår för labbtekniker. Det var väldigt givande att deltagarna hade helt olika kunskapsbas, då det gav livliga diskussioner kring olika erfarenheter och förslag på rekonstruktioner av samma defekt.

Undervisningen bestod av föreläsningar varvat med interaktiv gruppundervisning. Många filmer från operationer visades och vid histopatologienomgången fick man ladda ner bilden till sin telefon, så att man själv kunde zooma in på suspekta basaliomområden för att göra sin egen bedömning. Så även om det inte fanns några patienter att öva på, så var det nästan som att vara med på en operationsdag med Mohs kirurgi.

Trots att den första dagen höll på till kl. 18, så rusade timmarna fram. Vi lärde oss om allt från de viktiga anatomiska strukturerna relevanta för hudkirurgi till vikten av att alltid fokusera på radikaliteten först och sedan tips och trix vid rekonstruktioner från alla föreläsande experter i Mohs kirurgi, både från Europa och USA. Bland dessa var såklart vår egen excellenta professor John Paoli med och höll intressanta föreläsningar.

Kursen är två dagar lång och på kvällen emellan var det gemensam middag. Vägen till restaurangen på sjukhusets översta våning gick genom sjukhusets korridorer, där patienter åkte rullstol med brutna ben och droppställningar, i stor kontrast till att vi kom i klänning och klackskor. Gissa om vi undrade ett antal gånger om vi verkligen var på rätt väg? Men väl uppe på takterrassen var utsikten över staden med bergen i bakgrunden alldeles underbar och då var det ingen tvekan längre, det här skulle bli en härlig kväll med utbyte mellan kollegor från kliniker runt om i Europa.



Sinja Kristiansen, glad kursdeltagare och SDKO-stipendiat.



ESMS president Severin Lächli föreläser.

"Planen efter kursen är nu att vi ska starta ett nordiskt kollegialt samarbete för utbyte av erfarenheter..."



Flera av de svenska deltagarna, från vänster Sinja Kristiansen, Luis Gimeno, Hannah Ceder, Julia Fougelberg och Pontus Klingmalm.



Sinja Kristiansen, Hannah Ceder och Julia Fougelberg.

Vi var sju deltagare från Sverige, där Göteborg, Stockholm och Lund var representerade, vilket är där Mohs kirurgi utförs i Sverige idag. Tillsammans utför vi mellan 550–600 Mohsoperationer per år, vilket är långt under efterfrågan sett till antalet basaliom där indikation föreligger enligt svenska data och rekommendationer (1, 2).

Förutom oss var Skandinavien representerat med deltagare från både Danmark, Norge och Finland. Varje gång jag är på kurs efter pandemin, så slås jag av vikten av att delta på plats och lära känna andra med samma intresseområden. Att utbyta erfarenheter, prata om utmaningar, hur man lägger upp mottagningen på bästa sätt, forskning samt framtida samarbeten. Planen efter kursen är nu att vi ska starta ett nordiskt kollegialt samarbete för utbyte av erfarenheter och vem vet, framöver kanske det blir ett nordiskt Mohs-society med möten i anslutning till Nordic Congress of Dermatology and Venereology!

Referenser:

1. Nationellt vårdprogram för basalcellscancer remissversion (cancercentrum.se)
2. Ceder H, *et al.* Clinicopathological factors associated with incomplete excision of high-risk basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 2021;101(7):adv00496.



Sinja Kristiansen

Specialistläkare
Hudkliniken, Skånes universitetssjukhus,
Malmö

Strategies for Improving Melanoma Survival: From Early Detection to Therapies for Advanced Disease

Isabelle Krakowski disputerade vid Karolinska Institutet den 8 november 2024 med en avhandling med titeln *"Strategies for Improving Melanoma Survival: From Early Detection to Therapies for Advanced Disease"*. Huvudhandledare var Docent Hanna Eriksson och bihandledare var Docent Jan Lapins och Professor Karin Ekström-Smedby.

Professor Maria Bradley från Karolinska Institutet var ordförande för disputationssakten. Opponent var Professor Iris Zalaudek från University of Trieste, Department of Dermatology and Venereology, Italien. Ordförande för betygsnämnden var Docent Sam Polesie, Göteborgs Universitet. I betygsnämnden satt även Professor Emeritus Klas Nordlind, Karolinska Institutet, och Docent Björn Pasternak, Karolinska Institutet.



Abstract

Cutaneous melanoma (CM) is one of the deadliest skin cancers, with increasing incidence in a majority of countries with predominantly fair-skinned populations. Despite the introduction of systemic therapies for metastasized CM showing promising effects on survival, CM is still responsible for considerable morbidity and mortality. The aim of this thesis is therefore to investigate the potential role of AI as a tool to improve clinicians' performance in CM diagnosis, to study the effect of some commonly used drugs with a putative immune modulatory effect on CM survival, and to investigate the outcome of systemic therapies and clinical markers in patients with metastatic CM in a real-world setting.

In study I, we conducted a systematic review and meta-analysis of use of AI-assistance for skin cancer diagnosis including CM. In our search, we identified 2'983 studies, of these, ten could be included for meta-analysis. The results indicated that clinicians within all levels of experience benefitted from AI-assistance and those with least experience in dermatology showed the most significant improvement. However, only few studies were conducted in real-life settings.

In study II, we performed a population-based cohort study of patients diagnosed with a primary invasive CM in Sweden between 2007–2014, using the SweMR linked to national population-based registries with high coverage. We identified 23'507 patients with primary invasive CM and included 1'162 patients with a diagnosis of type 2 diabetes mellitus in the study. The

use of metformin pre-, peri-, and postdiagnostically was assessed among the patients. We showed that metformin use was consistently associated with significantly improved overall survival (OS) regardless of timing of treatment, although with no significant association on the melanoma-specific survival (MSS).

In study III a cohort of 24'562 patients with a primary invasive CM diagnosed between 2006–2014 was identified, of whom 1'253 patients were using at least one of the six most common groups of H1-antihistamines. Drug use was assessed peri- and postdiagnostically. Desloratadine and loratadine

use were associated with significantly improved MSS, in the analysis of peri- and postdiagnostic use, respectively, but no association on the MSS was seen for the other groups of antihistamines.

In study IV, 252 patients with a diagnosis of metastatic (stage IV) CM and first-line treatment with immune checkpoint inhibitors (ICIs) or targeted therapy (TT) were identified from the records at the Department of Oncology/Skin Cancer Center, the Karolinska University Hospital, Sweden,



Från vänster: Karin Ekström-Smedby, Sam Polesie, Björn Pasternak, Isabelle Krakowski, Iris Zalaudek, Hanna Eriksson, Jan Lapins, Klas Nordlind.



Till vänster Isabelle Krakowski, till höger opponent Professor Iris Zalaudek.

"Several clinical markers were associated with therapy response and survival."

between 1 January 2010 and 31 December 2017, and were followed until 31 March 2019. Patients receiving ICIs experienced significantly longer survival in terms of both overall- and progression-free survival (PFS) compared to patients receiving TTs, although not reaching statistical significance in the multivariable analysis for the latter. Several clinical markers were associated with therapy response and survival. Specifically, male sex and more advanced M-stage were associated with significantly lower response to both therapies and ICI, respectively. Furthermore, increasing lactate dehydrogenase levels were associated with shorter PFS and OS among both patient groups, and more advanced M-stage with lower OS and PFS among ICI-treated patients. Interestingly, decreasing albumin levels were associated with shorter PFS in patients treated with both therapies, lower OS for ICI-treated patients, and with a lower response rate to TT.

In conclusion, we report that AI may be a useful tool for skin cancer diagnosis including CM, though further evaluation in prospective clinical trials is needed. Metformin, desloratadine, and loratadine are commonly

used, cheap, and well-tolerated drugs that may have secondary antineoplastic effects, potentially contributing to improved survival among CM patients. Moreover, ICI and TT in first-line treatment of metastatic disease showed a survival benefit in a real-world setting. Finally, albumin may be a prognostic marker that needs further validation.



Isabelle Krakowski
ST-läkare, Hudkliniken
Karolinska universitetssjukhuset

Avhandlingen baseras på följande delarbeten:

- I. Isabelle Krakowski, Jiyeong Kim, Zhuo Ran Cai, Roxana Daneshjou, Jan Lapins, Hanna Eriksson, Anastasia Lykou, Eleni Linos. *Human-AI interaction in skin cancer diagnosis: a systematic review and meta-analysis*. NPJ Digit Med 2024; 7(1): 78.
- II. Isabelle Krakowski, Henrike Häbel, Kari Nielsen, Christian Ingvar, Therese M L Andersson, Ada Girnita, Karin E Smedby, Hanna Eriksson. *Association of metformin use and survival in patients with cutaneous melanoma and diabetes*. Br J Dermatol 2023; 188(1): 32-40
- III. Ildikó Fritz, Philippe Wagner, Matteo Bottai, Hanna Eriksson, Christian Ingvar, Isabelle Krakowski, Kari Nielsen, Håkan Olsson. *Desloratadine and loratadine use associated with improved melanoma survival*. Allergy 2020; 75(8): 2096-9.
- IV. Isabelle Krakowski, Matteo Bottai, Henrike Häbel, Giuseppe Masucci, Ada Girnita, Karin E Smedby, Hanna Eriksson. *Impact of modern systemic therapies and clinical markers on treatment outcome for metastatic melanoma in a real-world setting*. J Eur Acad Dermatol Venereol 2021; 35(1): 105-15.

Rapport från auskultation på Erasmus medical center i Rotterdam

2023 hade jag den stora förmånen att tilldelas SSDV:s fortbildningsstipendium för att besöka Erasmus medical center i Rotterdam – ett "center of excellence" för hidradenitis suppurativa (HS). Auskultationen ägde rum under en och en halv veckas tid i månadsskiftet november/december 2024.

Erasmus MC är ett av de största universitetssjukhusen i Europa med högt anseende både kliniskt och forskningsmässigt. Institutionen för dermatologi har HS som ett av sina specialområden med ett stort patientflöde från hela Nederländerna och till viss del även från andra länder. Här finns sedan lång tid tillbaka en väletablerad forskningsverksamhet kring HS och ett strukturerat kliniskt arbetssätt.

Syftet med resan var att studera deras omhändertagande av patienter, rutiner för kirurgi, eftervård och hur de integrerar forskningen i det kliniska arbetet. Min önskan var också att kalibrera vår verksamhet i Uppsala mot omvärlden. Hur ser våra behandlingsmetoder och vårt omhändertagande ut jämfört med deras? En kvalitetskontroll av den egna verksamheten helt enkelt.

Den som aspirerar på att bli ST-läkare inom dermatologi på Erasmus MC måste göra klart doktorandutbildning och disputerat innan det kan bli aktuellt att bli antagen. De kliniska doktoranderna jobbar på heltid med sina forskningsprojekt och det finns ett välorganiserat system för ta emot patienter och samtidigt samla data till de olika studierna. Vid mitt besök fanns tre doktorander inom HS-verksamheten. Det är också dessa som står för huvuddelen av patientmottagandet. Deras forskningshandledare och tillika projektledare för forskningsspåret inom HS på sjukhuset, doktor Hessel van der Zee, finns dock hela tiden i bakgrunden för klinisk handledning och bedömning inför operativa ingrepp.

Under en vecka varvas pass med mottagning för ny- och återbesök, operationer och en särskild mottagning för sårkontroll efter kirurgi. Återbesöksfrekvensen varierar beroende på vilken studie eller prövning som patienten deltar i, men som standard ser de sina patienter var tredje månad.

Gällande läkemedelsbehandlingen av HS tycker jag att det i stort inte skiljer sig så mycket jämfört med hur vi gör i Uppsala, bortsett från att de använder peroral antibiotika i större utsträckning och under längre behandlingsperioder än hos oss. Exempelvis har de co-trimoxazol som motsvarar trimetoprim-sulfa, vilket de ger i endos under perioder så långa som upp till ett år.

En annan skillnad är att de sedan lång tid tillbaka använder den topikala substansen resorcinol ungefär på samma sätt som vi använder azelainsyra. Resorcinol ska användas dagligen och har en lätt peelande effekt på huden och verkar förebyggande mot att nya lesioner uppstår. Den kan dessutom användas mer intensivt när patienten väl får en abscess för påskynda att den ska tömma sig. Resorcinol går teoretiskt att förskriva som en APL-produkt i Sverige men en liten tub skulle i dagsläget kosta ett par tusen kronor enligt uppgift från APL.



Dr Hessel van der Zee och två av hans doktorander Anne van Huijstee och Daan de Kort.

Gällande den kirurgiska behandlingen har de, liksom vi, i princip helt övergått från att behandla sinus- och ärrömråden med CO2-laser till att använda monopolär elektrokirurgisk teknik. Detta går betydligt fortare jämfört med laser och ger också en bättre överblick och kontroll över operationsområdet. Då i princip alla deras patienter opereras under narkos och inte i lokalbedövning har de möjlighet att under en enda seans ta bort mycket stora hudområden där sårerna lämnas öppna för sekundärläkning. Även om läkningstiden kan bli lång är slutresultatet ofta mycket bra och storleken på ärrret förvånansvärt begränsat jämfört med hur såret ser ut direkt efter operationen. På Erasmus MC har man två operationsdagar för HS i veckan och väntetiden för HS-kirurgi är oftast inte längre än 6–12 veckor. Detta är en klar skillnad jämfört med hur det ser ut hos oss, där väntetiden är betydligt längre.

Efter kirurgi har man rutinemässiga återbesök för sårkontroll hos läkare efter en vecka samt efter fyra veckor. De första veckorna byts förbandet två gånger per dag med hjälp av en sköterska som kommer hem till patienten. Vid den sista sårkontrollen på sjukhuset gör man upp en plan för fortsatt omlägningsregim. Planen skickas till patientens sköterska som därefter har möjlighet att via email skicka bilder på såret om eventuella komplikationer eller frågor uppstår.



Erasmus MC.



Huvudingången till sjukhuset.

Direkt efter operationen och under hela läkningstiden appliceras dagligen en jodinhållande salva, Betadine®, över såret. Salvan har en antibakteriell effekt och förhindrar friktion och att kompresserna fastnar i såret. Denna köps receptfritt i Nederländerna där man har en lång god erfarenhet av att använda preparatet postoperativt men produkten finns inte tillgänglig i Sverige.

Sammanfattningsvis har Erasmus MC förstås större resurser i form av patientvolym, forskning samt möjligheten att utföra stora kirurgiska ingrepp och eftervård, men jag tycker ändå vi i Uppsala håller en god kvalitet utifrån våra förutsättningar. Mycket är likt men jag tar med mig en hel del användbara praktiska kliniska tips och synsätt tillbaka till kliniken.

Ett exempel på detta är visionen att det i många fall är möjligt att inom en överblickbar framtid avsluta en insatt biologisk behandling. I de fall där både biologisk behandling och kirurgi krävs, är deras praxis att få patienten till operation så snart som möjligt. Om inflammationen från HS-lesioner efter operationen varit under kontroll i 6 månader provar man att sätta ut behandlingen. Ingen nedtrappning/glesare injektionsfrekvens rekommenderas. Patienten får därefter fortsätta med enbart resorcinol förebyggande.

Att de här patienterna ska prioriteras för operation så snart som möjligt är något som jag kommer att fortsätta arbeta för. Det finns sannolikt många vinster i detta, både för patientens livskvalitet men också ur ett samhällsekonomiskt perspektiv om vi på detta sätt kan minska antalet patienter som kräver biologisk behandling år efter år. Det vore också värdefullt att få resorcinol som ett i praktiken möjligt förskrivbart preparat i Sverige. Undersökning av vilka möjligheter som finns för detta pågår.

Slutligen kan jag konstatera att även experter som jobbat med HS länge upplever att det kan vara svårt och frustrerande att hantera dessa patienter. Ingen patient är riktigt den andra lik och det finns ingen standardbehandling som passar alla. Behandlingen innebär ju som känt ofta en kombination av både läkemedel och kirurgi och omhändertagandet måste individanpassas utifrån både hälsomässiga (andra sjukdomar, kropps-konstitution etc.) och sociala faktorer (som arbete, ekonomi och rädsla för kirurgi).

Jag vill framföra ett varmt tack till SSDV som givit mig möjligheten att genomföra denna spännande och inspirerande auskultation. Den har gett mig ytterligare verktyg att ta till i den kliniska vardagen, stärkt mitt intresse för HS både kliniskt och forskningsmässigt och har gjort mig än mer motiverad att förbättra vården för patientgruppen i Sverige.

**Lotta Sandelin Francke**

Specialistläkare, doktorand, Hud- och könssjukdomar,
Akademiska sjukhuset Uppsala, Uppsala Universitet

Annons

Utdrag från en tillfällig utställning vid medicinhistoriska museet i Uppsala 2024.

“Vilket vackert sår...” Syfilis i kropp och samhälle

Syfilis var under århundraden en utbredd och farlig sjukdom. Men i början sågs det genitila såret som ett tecken på virilitet. Kring sekelskiftet 1900 upptogs ofta hälften av sjukhusplatserna av syfilispatienter. I flera länder var syfilis en lika vanlig dödsorsak som lungtuberkulos. Till följd av ny, effektiv behandling föll syfilis nästan i glömska, men ökar nu igen. 2023 noterades den högsta nivån av syfilis på 75 år i Sverige och ett syfilisutbrott i Uppsala hamnade på löpsedlarna.



Utställningsrummet i sin helhet med en videoprojicerad spiroket roterande i fonden.



Affischen jämför de vanligaste dödsorsakerna i Frankrike 1910.



Utställningsföremålen

Till vänster tre moulager (vaxreplikor): överst osteitgenombrott på kinden, därunder sår på tungan och nederst "malign syfilis" på låret.

Till höger överst anas en näsprotes, därunder låda för febersänkande kinabark (salicyl), och nederst Alexander Flemings odlingsplatta som visar effekten av penicillin, samt Salvarsanföropackning från 1920.

Syfilis i konst och litteratur

Albrecht Dürers träsnitt "Der Syphilitischer Mann" från 1496 visar ett tidigt exempel på en syfilissmittad person, förmodligen en nordeuropeisk legosoldat. Dessa så kallade landsknektar gav sjukdomen spridning. Det var dock kvinnor, särskilt de prostituerade, som blev skuldbelagda. Många konstverk skildrar syfilis i form av en prostituerad kvinna. Skönheten förför och sedan drabbar förgängelsen. Livs- och dödsdriften, Eros och Thanatos, är ikoniska motiv i konsten. Charles Baudelaires diktsamling *Det ondas blommor* (1857) är ett exempel som dignar av lidelse och död. Verkets titel för tankarna till prostituerade kvinnor, men också syfilissår. Att syfilis framträder i blomliknelser är inte märkligt om man ser till dess manifestationer på huden. Samtidigt finns andra framställningar som rör sig bort från en syfilis som visar upp sig. I dem gestaltas sjukdomen i stället som något som lurar på insidan, till exempel Alphonse Daudets självbiografi *I smärtans rike*.



"Der Syphilitischer Mann";
beskuren, färglagd xylografi.



The Dead Women (Les Mortes),
Gustav-Adolf Mossa, 1908.



"Inheritance" Edward Munch, 1897-99.



Exempel på misogyn affisch från 1940-talet.

Historik

Hur syfilisepidemin uppkom är oklart. En förklaringsmodell menar att varianter av syfilis har förekommit över hela världen sedan tusentals år, men att bakterien blivit mer virulent i mitten av förra milleniet. Enligt en annan introducerades syfilis till Europa från Nya världen med Columbus 1493. Ett decennium senare fanns syfilis över hela kontinenten och även i stora delar av Afrika och Asien. Farsoten tilldelades många namn. I England fick den heta franska sjukan, medan fransmännen kallade den för napolitansk. Namnet "syfilis" kommer från en lärodikt författad på 1530-talet. I medicinska sammanhang kallas inte sällan sjukdomen lues, latin för farsot. Den orsakas av en bakterie (*T. pallidum*) som upptäcktes 1905. Det första syfilistestet kom 1906 och kunde påvisa antikroppar mot syfilis i blodet. Syfilis överförs via hudsår och slemhinnekontakter, via blod till foster och vid amning. Sjukdomen utvecklar sig väldigt olika under långa tidsperioder.

Stadier av obehandlad syfilis

INKUBATIONSPERIODEN Spiroketbakterien penetrerar hud och slemhinna. Inom två till tre veckor uppkommer sår.

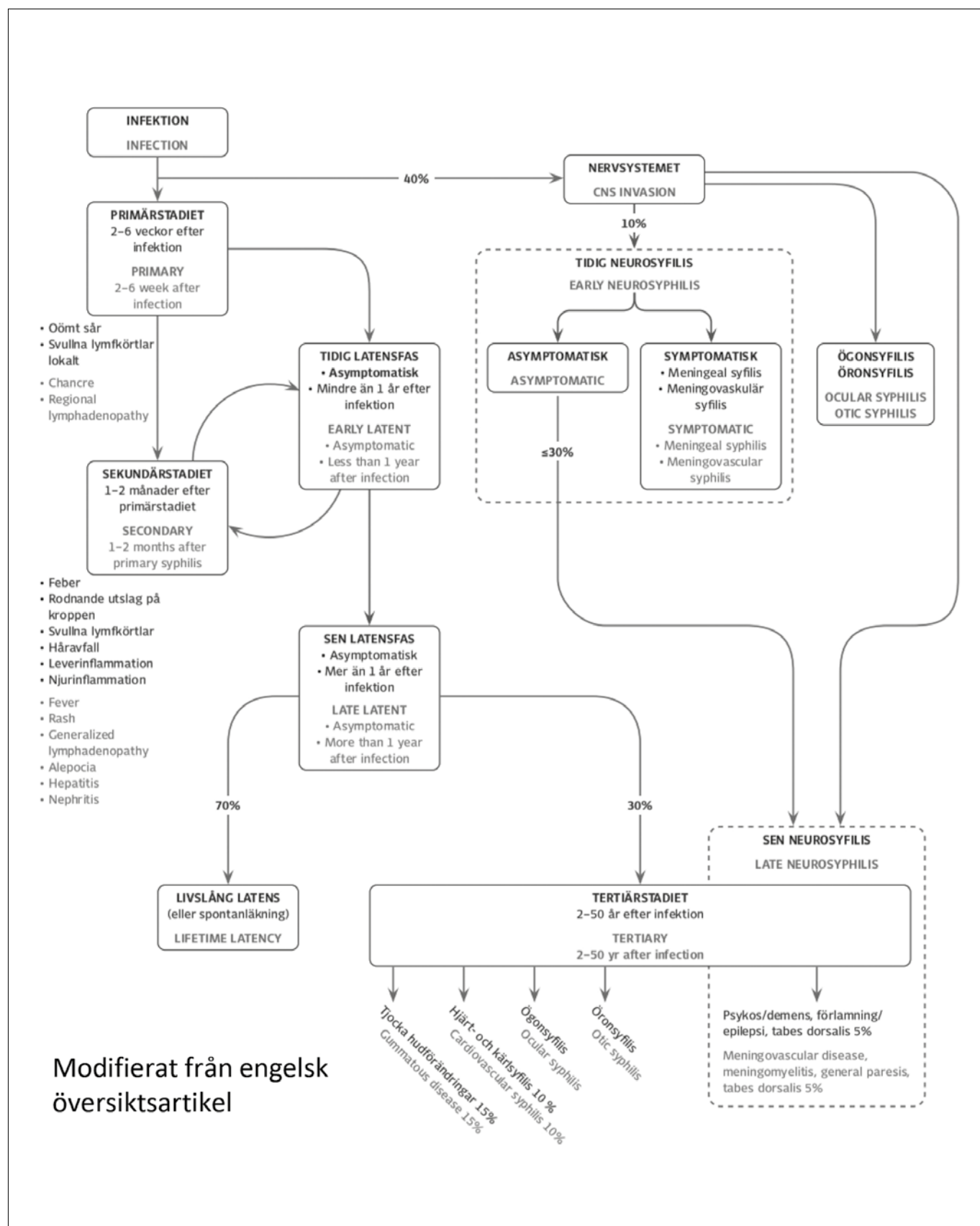
PRIMÄRSTADIET Smärtfria sår på könsorgan, analt eller i munnen. Smittar.

SEKUNDÄRSTADIET Feber och fläckvis rodnad (roseol) över hela kroppen. Kan vara förenat med bland annat hepatit, osteit och neurologiska symtom. Smittar.

LATENSSTADIET I cirka hälften av fallen en övergång i en latensperiod på 10–30 år. Låg smittsamhet.

TERTIÄRSTADIET Återaktivering av vilande spirokethärdar i skelett, hjärta-kärl, hud och/eller nervsystem, orsakande blindhet, dövhet, förlamningar, kramper och demens. Obehandlad leder sjukdomen till döden i 5–10 %.

Specificerade tidsförlopp och frekvenser (%) av olika syfilismanifestationer.



"I de enstaka fall där syfilissmittade barn nådde vuxen ålder var det förenat med stort lidande."

Historiska behandlingar

Innan penicillinets upptäckt fanns flera metoder att försöka bota syfilis. Ett tidigt behandlingsmedel var avkok av guajakträ från Nya världen. Det framkallade svettningar, diarré och illamående. Metoden visade sig dock verkningslös och fasades ut.

Kvikksilver fungerade bättre och dominerade som syfilisbehandling in på 1900-talet. Det kunde administreras i form av salva, piller, injektioner, dryck eller i form av kvicksilverångor. Tyvärr framkallade kvicksilvret förgiftning och dödsfall.

Salvarsan var ett arsenikbaserat läkemedel som lanserades 1910. Det utvecklades sedan till Neosalvarsan och användes fram till 1940-talet. Läkemedlet visade sig relativt effektivt, främst i tidigare stadier av syfilis.

Malariafeberterapi gick ut på att avbryta syfilis genom att injicera malariasmittat blod i patienten. Den höga malariafebern dödade i bästa fall syfilisbakterien och sedan behandlades malarian med hjälp av kinin. En tiondel av patienterna avled till följd av behandlingen.

Neurosyfilis och malariafeberterapi

Syfilisbakterien *T. pallidum* sprider sig kort efter smittotillfället till det centrala nervsystemet. Tidiga tecken är taldefekter och pupillförändringar. Längre fram kan skador på ryggmärgens nervbanor uppstå, med svåra smärtor och känselbortfall, så kallad tabes dorsalis. Innan någon effektiv behandling fanns utvecklade omkring fem procent av de insjuknade dementia paralytica. Det är en form av neurosyfilis som debuterar långt efter smittotillfället för att sedan snabbt förvärras. De flesta avled inom loppet av fem år.

Julius Wagner-Jaureggs malariafeberterapi visade sig särskilt tillämpbar vid dementia paralytica. Salvarsanet hade svårt att angripa syfilisbakterien lokaliserad i hjärna och ryggmärg eftersom preparatet inte kunde passera blod-hjärn-barriären. Malariafeberterapiens genombrott i Sverige ägde rum i Uppsala år 1923. Psykiatrikern Hjalmar Källmark, som hade studerat behandlingsmetoden hos Julius Wagner-Jauregg, började då behandla patienter med dementia paralytica vid Upsala Hospital och Asyl.

Kongenital syfilis och Lilla hemmet

Medfödd syfilis orsakas av att fostret smittats under graviditeten av sin syfilissjuka mamma. Syfilis kan också överföras via amning. Kongenital syfilis ledde ofta till döden. I de enstaka fall där syfilissmittade barn nådde vuxen ålder var det förenat med stort lidande.

Omkring sekelskiftet 1900 var kongenital syfilis ingen ovanlighet. I Stockholm startades ett särskilt vårdhem för syfilissjuka barn, "Lilla hemmet" (överst). Namnet bibehölls när det nybyggda sjukhemmet för 50 barn invigdes vid Sankt Görans sjukhus (nederst).



Ibland kunde barnen vara inskrivna uppemot tio år. Den behandling som först fanns att tillgå var kvicksilver i olika former. Senare ordinerades även Salvarsan. Införandet av penicillinbehandling ledde till att verksamheten upphörde 1954. Då hade sammanlagt omkring 500 barn vårdats vid "Lilla hemmet".

Forskningsetik

Två studier i södra USA respektive Guatemala är exempel på övergrepp gjorda i medicinens namn.

Tuskegee-studien, med början 1929, fortsatte långt efter penicillins upptäckt och omfattade 600 afroamerikaner med syfilis. Syftet var att studera sjukdomens naturliga förlopp. Patienterna informades aldrig om smittvägar och möjlighet till bot. Forskarna menade att studien skulle ogiltigförklaras om penicillin sattes in.

Guatemala-experimentet påbörjades 1946 och utfördes på 5500 personer, varav en stor del blev avsiktligt smittade med syfilis av prostituerade. Ingen av försökspersonerna fick någon information om vad studien gick ut på.

Avslöjandena ledde till tillsättandet av en internationell forskningsetisk kommission 1974. Denna resulterade i ett tydligt regelverk för hur enskilda personer skall skyddas vid forskning.

Arbetsgrupp: Anders Vahlquist, Bertil Karlmark, Lisa Ekselius, Sten-Magnus Aquilonius, Thérèse Toudert, Anna Stenkula.

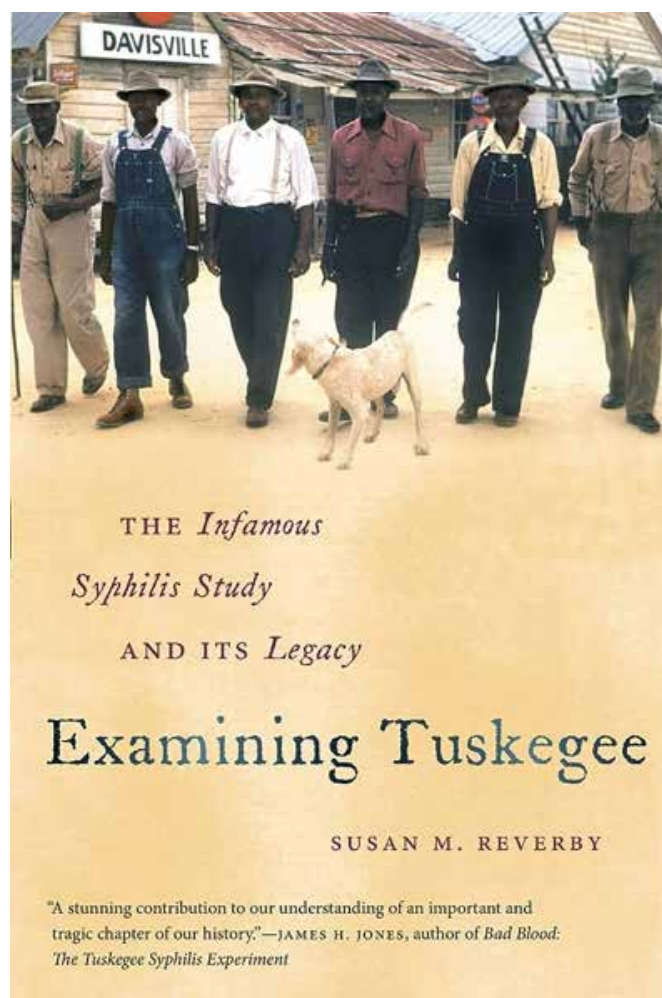
Formgivning: Fredrik Skog, Johan Cnattingius, Jenny Lignell Snickeri, Valentin Klinghammer.

Med stöd av: Föreningen för utgivande av Acta Dermato-Venereologica, Upsala Läkareförening, Welanderstiftelsen/Hudfonden.

Tack till: Alastor Press, Medicinhistoriska Museet Stockholm, Medicinhistoriska Sällskapet Westmannia, Nobelprismuseet, Svenska Tandläkare-Sällskapet museum samt professor Bengt Gerdin.

Referens:

L Ekselius, B Gerdin, A Vahlquist, The syphilis pandemic prior to penicillin: Origin, health issues, cultural representation and ethical challenges. *Acta Derm Venereol* (104) 2024



Save the date!

DVSS:s årsmöte och utbildningsdagar kommer att äga rum
4-5 september 2025 på CCC i Karlstad.

Mer info kommer under våren på DVSS:s hemsida dvss.nu.

Bristande reglering av estetiska laserbehandlingar – ett hot mot patientsäkerheten

Under de senaste åren har efterfrågan på estetiska behandlingar med laser och IPL (intensivt pulserat ljus) ökat markant. Från hudfryngring och hårborttagning till behandling av pigmentfläckar, tatueringar och kärlförändringar har dessa metoder blivit populära bland patienter som söker estetisk förbättring. Men samtidigt som marknaden expanderar snabbt, har vi sett en alarmerande ökning av behandlingar som utförs av aktörer utan medicinsk utbildning eller adekvat kunskap om hudsjukdomar och hudtumörer.

Denna bristande kompetens utgör inte bara en risk för fysiska skador som brännskador och infektioner, utan kan också leda till missade eller felaktiga diagnoser av potentiellt livshotande hudtumörer som melanom. Ofta är det dessutom fel att kalla behandlingarna för estetiska då det är hudsjukvård det rör sig om.

Regelverk i Sverige: Brister och gråzoner

Till skillnad från estetiska kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar, som sedan den 1 juli 2021 regleras av lag (2021:363), omfattas estetiska laser- och IPL-behandlingar inte av denna lag. I stället regleras dessa behandlingar av Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) enligt föreskrifterna SSMFS 2014:4.

Enligt SSM:s regelverk gäller följande:

- § 5: Bestrålning av ögonen eller området inom två centimeter från ögats öppning med laser i klass 3B eller 4 får endast utföras under ansvar av en legitimerad läkare.
- § 6: Bestrålning av människor vid medicinsk eller odontologisk behandling med laser i klass 4 får endast utföras under ansvar av en legitimerad läkare eller tandläkare.

SSM tolkar dessa regler så att läkare inte behöver vara fysiskt närvarande, men måste ha ett formellt ansvar för verksamheten. Vid tillsyn kontrollerar SSM hur ansvarsfördelningen ser ut och säkerställer att läkaren inte endast är "på pappret". Dessutom ska verksamheter där behandlingar utförs enligt § 6 vara registrerade i vårdgivarregistret hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Men den som praktiskt utför estetiska laserbehandlingar behöver inte ha medicinsk utbildning. Detta skapar en stor gråzon som riskerar patienternas säkerhet. Dessutom är risken för att få inspektion minimal vilket medför att det på många kliniker kan saknas ansvarig läkare och medicinsk kompetens hos utövarna.

Risker för patienterna

Estetiska laserbehandlingar innebär flera potentiella risker, särskilt när de utförs av personer utan medicinsk legitimation:

1. **Brännskador och ärrbildning:** Felaktig användning av laser kan orsaka allvarliga hudskador som påverkar patientens livskvalitet.
2. **Infektioner:** Behandlingar som utförs under osäkra förhållanden kan leda till infektioner som ibland måste åtgärdas inom den redan belastade offentliga vården.
3. **Missade diagnoser av hudcancer:** Den största risken är kanske att farlig hudförändring, som melanom, inte identifieras eller misstolkas, vilket kan fördröja livsviktig behandling.

Danmark som förebild

I Danmark är regleringen betydligt striktare. Där krävs att en legitimerad hudläkare har medicinskt ansvar för verksamheter som utför laserbehandlingar. Den som utför behandlingarna måste dessutom ha formell legitimation. Detta säkerställer att behandlingar utförs



korrekt och att eventuella hudåkommor som upptäcks får rätt diagnos och behandling.

En liknande reglering i Sverige skulle kunna minska risken för felbehandlingar och stärka patientsäkerheten.

Ett steg mot förändring

Undertecknade har under flera år arbetat för att förbättra regleringen av estetiska laserbehandlingar i Sverige. Genom föreläsningar och intervjuer i media har vi lyft fram bristerna i nuvarande regelverk och föreslagit åtgärder för att öka patientsäkerheten.

Vi har även via PDF och SSDV lämnat in remiss till Strålsäkerhetsmyndigheten för att få till en regelskärpning.

Under 2024 deltog vi i ett seminarium i riksdagen om estetiska laserbehandlingar och presenterade förslag på en skarpare reglering av dessa.

Via SSDV och PDF har vi lämnat in hemställan till sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson och civilminister Erik Slottnér. Målet med hemställan är att skapa en reglering som inkluderar laser och IPL i lag (2021:363) och att hudläkare ska vara ansvariga för estetiska laserbehandlingar.

En ljusning i sikte

Under våren 2025 planerar Strålsäkerhetsmyndigheten att skärpa regelverket för estetiska laser- och IPL-behandlingar. Detta är ett viktigt steg mot att skydda patienter och säkerställa att endast kvalificerade personer får utföra dessa behandlingar.

Slutsats

Estetiska laserbehandlingar utförs på huden – kroppens största organ – och kräver specialistkunskap för att säkerställa säkerhet och effektivitet. Genom att införa en striktare reglering och lagstiftning, liknande den i Danmark, kan vi minimera riskerna och säkerställa att patienterna får den bästa möjliga vården.

Vi fortsätter vårt arbete och uppmuntrar fler att engagera sig för att skapa en tryggare framtid för patienterna när det gäller estetiska behandlingar i Sverige.

Brenda Silva, specialistläkare

Hudläkare i Väst, Uddevalla

Tore Nilsen, specialistläkare

Växjö Medical Center, Växjö



Annons

Annons

ST-kurs i bensår november 2024

Klockan är kolsvart eftermiddag i november. Efter en dag som hudkonsult på Falu lasarett sladdar jag inom hemmet för att packa väskan och krama om familjen innan avresan för ST-kursen i bensår. En retsam lumbagovibb i ryggen, en pockande huvudvärkstendens i bakgrunden och flera dagars sömnbrist (tre förkylda småbarn) gör att jag snuddar vid tankarna "orkar jag detta?", "orkar jag ge mig ut i mörkret igen?", "kan min hjärna ta in någon kunskap överhuvudtaget i nuvarande skick?". Svaret är givetvis ett solklart nej. Men så erinrar jag mig att min kära kollega och vän från kliniken också ska åka på kursen, och alla andra ST-läkare runt om i landet som jag ska få träffa igen. Jag rafsar ihop mina grejer, öppnar dörren och låter mörkret omsluta mig.

På grund av elfel inleds resan tillsammans med kundtjänst på Tåg i Bergslagen i telefonluren och ersättningsbuss första sträckan. Senare, i en tom tågvagn, går resan allt längre bort, vidare ut i mörkret. Vid ankomst i Skövde förstärks känslan av yttre rymden av upplysta tunnelformade rör i luften där några enstaka siluetter rör sig långsamt, nästan sömngit, över perrongerna.

Jag kommer ut ur ett rör, åker ner för en rulltrappa, kliver ut från stationen och möts åter av ett kompakt mörker. En snål, kall, blöt vind. Jag famlar mig fram till en busshållplats, laddar ner en app för att kunna hoppa på en tom buss som tar mig vidare ut i galaxen. Jag hoppar av på hållplats Ulv-eket och beger mig nu till fots längre ut i det okända.

Efter några hundra meters promenad hägrar ett ljusklot i fjärran och jag närmar mig nu platsen som inte kan beskrivas bättre än en plats där en "tomtenisse exploderat" (Olga Shnyra).

Här, på Karstorps säteri, på den mest juliga plats man kan tänka sig, utspelar sig den tre dagar långa ST-kursen i bensår. Jag tänker: "det här blir bra".

Jag vaknar upp i en av flyglarna på säteriet efter en ostörd natt och njuter av att få äta frukost med mina ST-kollegor som också bor på konferenshotellet.

Efter ett varmt välkomnande från kursledarna Alexandra Forssgren, överläkare, Helena Edvardsson, sjuksköterska inom dermatologi med specialistkompetens bensår och Madeleine Ryndel överläkare, samtliga vid Hudkliniken Skaraborgs Sjukhus, Skövde, startar onsdagen med en presentations-



Skövde tågstation.



Hållplats Ulv-eket, Skövde.



Karstorps säteri i full julskrud, november 2024.

lek. Hjärtat bultar och jag känner: "nej, inte prata inför en massa folk nu, detta var jag inte beredd på!". Men lilla KBT-terapeuten på axeln viskar: "många fler i rummet känner som du" och tillsammans med de andra i rummet kastar jag mig in i leken. På detta sätt får kursdeltagarna presentera sina bordsgrannar inför auditoriet, vilket genererade otaliga samtalsämnen och "conversation starters" för kommande dagars pausmingel.

Med hjälp av Alexandra Forssgrens återkommande paraplybild blev vi påmind om vikten av att diagnosticera orsaken till varje bensår och att vi inte ska "vårda" sår. Såren ska *behandlas och läka*, inte vårdas.

Med underbara metaforer lärde Alexandra Forssgren oss om läkningshämmande faktorer: "tänk er att höga sårkanter är klippor som måste tryckas ner och bli stränder som ska rulla in och möta varandra".



Orsaker till bensår.

Helena Edvardsson guidade oss genom förbandsdjungeln både i föreläsningsform och senare under workshops. Hon slog hål på myter som att "sår ska luftas" och att vi ska undvika duodermplåster på diabetessår.

Onsdagen avslutades med en workshop i basbedömning och behandling där vi med utgångspunkt från kliniska fall fick omsätta nyvunna kunskaper i praktiken. Kursledarna delade generöst med sig av sina "topp fem favoritförband. Bland annat tog jag med mig att Iodosorb®, trots att det funnits länge på marknaden, håller måttet än idag och är en favorit i flera lägen. Ett annat tips jag tog med mig är att vid starkt illaluktande sår kan man ha en liten behållare med grillkol i rummet för att neutralisera lukten. Det doftade apelsin från våra debrisoftbehandlade apelsiner och polletten föll äntligen (inte en sekund för tidigt) ner avseende hög- och lågelastiska lindor.

Torsdagens program inleddes av Vahid Javadnia, ST-läkare i dermatovenereologi och specialist i allmänmedicin, Skaraborgs sjukhus, Skövde, på ämnet atypiska sår. Med sin fantastiskt fina och visuellt tilltalande presentation lyckades han hålla åhörarnas intresse en halv förmiddag trots det fakta- och diagnosspäckade innehållet som spände från erythema induratum och skillnader mellan vaskulopati och vaskulit till leishmanias och läkemedelsinducerade sår.

Alexandra Forssgren tog över stafettpinnen och fortsatte på samma tema men med fokus på sin favoritdiagnos pyoderma gangrenosum. Hon visade på konsten att göra ett komplext ämne lättillgängligt och inspirerande. Detta följdes av interaktiva fallbeskrivningar och slutligen mentimeterfrågor som alltid är välkomna inslag på kurs.

Efter en god lunch i salonger med sju- utsikt fortsatte Alexandra Forssgren dagen med föreläsningar i sår-läkningsprocessen, sår-läkningshämmande faktorer och sår-infektioner. Detta var starkt kliniskt förankrat och de nyvunna kunskaperna kom-



Kursdeltagare som debriderar apelsiner. Diskussion mellan kursdeltagare och kursledare Alexandra Forssgren och Helena Edvardsson (tredje och fjärde personerna från vänster) om olika omläggningmaterial.



Bild från föreläsningen "Atypiska sår" av Vahid Javadnia.

mer sannolikt att vara till stor nytta för patienter med bensår runt om i landet. Viktiga budskap var bland annat att vi inte ska odla om vi inte tänkt behandla med antibiotika (vilket sällan behövs), med undantag för om patienten varit utomlands då vi bör screena för multiresistenta bakterier.

Senare på eftermiddagen gav Madeleine Ryndel en strålande föreläsning om smärtlindring. Ipremanen fick illustrera läkaren som en så viktig del av smärtlindringen som vi aldrig får glömma bort.

Torsdagen avslutades med fallbaserade grupparbeten där kursledarna cirkulerade bland grupperna och svarade på frågor som gradvis gav oss mer information för att kunna lösa fallen. Detta var väldigt uppskattat både utifrån ett inlärningsperspektiv, men också för att det gav en ytterligare chans att lära känna fler kollegor från landet.

Kvällen avnjöts tillsammans över en kursmiddag på säteriets ovanvåning där det bjöds på ett fantastiskt tapasjulfbord med det mest överdådiga desserttrum man kan tänka sig.

Den sista kursdagen startade med en alldeles perfekt avvägd föreläsning av kärlkirurgen Olle Nelzén, docent och överläkare vid Skaraborgs Sjukhus. Med sina 90 slides serverade han varken mer eller mindre än vad en dermatolog behöver kunna om kärlkirurgi. Även i denna föreläsning betonades vikten av att ta reda på orsaken till såret och att vi ska undvika det fokus som ofta finns i praktiken: "vilket förband ska vi lägga på såret?".

Tre fotterapeuter från Hudkliniken Skaraborgs sjukhus höll också en precis lagom översiktlig föreläsning om fotsår hos individer med diabetes. Vi blev återigen påmind om vikten av att se hela patienten genom akronymen NAIL (neuropati, angiopati, infektion, livet). Därefter avrundade Alexandra Forssgren föreläsningsschemat med en kortare översikt över avancerade sårbehandlingsformer såsom undertrycksbehandling, punch/pinchgraft och sterila fluglarver. Det blev en bra diskussion i rummet och det framkom att vi gör väldigt olika över landet avseende dessa mer avancerade sårbehandlingsmetoder. Det var ingen som använde sig av fluglarver längre, men det kanske vi borde då det både är billigt, effektivt och miljövänligt?

Som sista punkt på kursschemat gick vi igenom fallen från torsdagens grupparbete, kursutvärderade och fick våra kursintyg.

Med en "grab and go"-lunch i väskan tillsammans med min kära kollega från Falun åkte vi gemensamt hem till Dalarna, nu i ljuset. Trots sinande ork och tvivel inför kursen var jag nu så mycket rikare på kunskap och uppfylld av känslan av att vara en del av



Kursdeltagare på ST-kurs i Bensår, november 2024, Skövde.



Madeleine Ryndels föreläsning i smärtlindring.

det större sammanhanget av Dermatologisverige. Resan ut i galaxen var mer än värd sin ansträngning.

Avslutningsvis vill jag rikta ett stort tack till kursledningen för en väl genomtänkt, inspirerande och lärorik kurs i bensår!

Användbara länkar:

- Sårwebben - "Sårwebbens syfte är att vägleda och lära vårdpersonal hur man på ett korrekt sätt bedömer och handlägger vårdtagare med svårläkta sår" <https://www.vgregion.se/s/skaraborgs-sjukhus/vardgivare/sarwebben/>
- <https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/vardforlopp/svarlakta-sar/>



Andrea Elmelid

ST-läkare, Hudmottagningen
Falu lasarett Hudsjukvård Dalarna

Annons

Annons

SDKO:s Nyhetsbrev inför 2025

Ärade medlemmar, året som gått har varit ett aktivt och spännande år för Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO). Vi har varit med och arbetat med viktiga vårdprogram, deltagit med en programpunkt på vårt nationella möte och förbättrat riktlinjer och informationsmaterial inom hudcancerområdet. Dessutom har vi stöttat ST-läkarnas utbildning genom att vara med och revidera utbildningsboken samt delat ut två resestipendier till våra medlemmar. Samarbetet med andra organisationer och intressegrupper har varit en viktig del av vårt arbete, och vi har gjort flera insatser för att främja kunskap och kvalitet inom vården. I det här nyhetsbrevet får du en överblick över året som gått och tips på kurser och kongresser under 2025.

Nationella vårdprogram

Under året som gått har vårdprogrammet för basallscancer publicerats och föredragits på Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologis (SSDV) vårmöte i Örebro. I samband med detta har "SDKO:s riktlinjer för handläggning av skivepitelcancer och basallscancer" spelat ut sin roll. Det är inte uppdaterat de senaste åren och således inaktuellt. Det kommer att ligga kvar några månader på SSDV.se innan det tas bort.

Ett nytt vårdprogram om ärftliga cancerrisksyndrom håller på att tas fram. SDKO har tagit del av remissversionen och börjat förbereda ett remissvar.

Länk till samtliga vårdprogram ligger nu på SDKO:s sida under SSDV.se.

Utvecklande styrelsearbete

Under året har SDKO:s styrelse bidragit med viktiga insatser för att stärka och utveckla vår specialitet. Bland annat har vi lämnat synpunkter på ST-läkarnas målbeskrivning och utbildningsbok, specifikt delarna som rör hudcancer. Vi har också haft glädjen att dela ut två resestipendier till medlemmar, vilket bidrar till ökad kunskap och utveckling inom vårt område.

För att säkerställa kvaliteten och relevansen i informationsmaterial har vi lämnat synpunkter på en broschyr om solskydd, framtagen av RCC och 1177.

Styrelsen har under året hållit möten en gång per termin och arbetat med att uppdatera vår hemsida. Gamla, inaktuella dokument har rensats bort och ersatts med aktuella och relevanta länkar.

På SSDV:s vårmöte i Örebro deltog SDKO med en programpunkt, där Stella Cizinsky höll en uppskattad presentation om kloka kliniska val. Vi har även varit delaktiga i framtagandet och genomförandet av Vadstena-mötet; slowing the pace of the actinic march in keratinocyte skin cancer. Efter ett uppskattat möte är planerna för nästa Vadstena-möte i full gång.

Är du intresserad av att påverka och engagera dig i hudcancerfrågor, både regionalt och nationellt? Är du engagerad i hudcancerverksamheten i din region eller på din klinik? Är du disputerad eller doktorand med forskningsområde hudcancer? Är du verksam både som dermatolog och patolog? Vi söker flera nya entusiastiska styrelsemedlemmar till SDKO. Hör av dig till vår sekreterare på mailadressen katarina.odlind@regiondalarna.se. Arbetet är ideellt men mycket givande – ta chansen att göra skillnad!

Sök SDKO:s resebidrag

SDKO utlyser årligen ett resebidrag för sina medlemmar. Upp till 8000 kr kan sökas. Ansökningstiden är från 1 januari till 30 april. Resebidraget kan användas för deltagande i en tumörinriktad kurs eller för ett besök på en vårdenhet, i Sverige eller utomlands. Bidrag ges inte till kongressresor eller till estetiskt inriktade kurser. Ansökningsprocessen är simpel och hittas på SSDV:s hemsida under SDKO/Stipendier och resebidrag/SDKO:s resebidrag.

Medlemsavgift

SDKO kommer fortsätta att ha en medlemsavgift på 100 kr under 2025. För närvarande går medlemsintäkterna i huvudsak direkt till SDKO:s resebidrag. Allt för att komma medlemmarna till godo.

Årsmöte

Alla SDKO:s medlemmar hälsas varmt välkomna till årsmöte den 6:e maj 2025, klockan 14 i samband med NCDV i Helsingfors. Möjlighet finns att deltaga digitalt. Om så önskas, anmäl er genom att skicka ett mail till katarina.odlind@regiondalarna.se

Kurser och kongresser

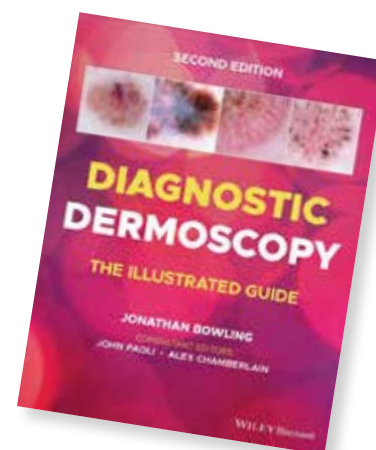
Tips på kurser och kongresser för 2025 följer nedan.

- SSDV:s vårmöte i samband med 36th Nordic Congress of Dermatology and Venereology, 6–9 maj, Helsingfors. <https://ncdv2025.org>.
- Vadstena-mötet, The "actinic march" – how to choose wisely in the management of actinic keratosis, Bowen's Disease and SCC, 7–8 april, Vadstena. https://ssdv.se/images/Annons_Vadstena_4_7-8_April_2025_version_final.pdf
- 9th Nordic Dermoscopy Course, 24 oktober, Göteborg. <http://nordicdermatologycourses.org>
- 8th Nordic Course on Skin Surgery, 14–15 augusti, Köpenhamn. <http://nordicdermatologycourses.org>
- 4th Nordic Course on Laser Dermatology, (datum ej klart), Köpenhamn. <https://nordicdermatologycourses.org>
- ST-kursen Hudtumörer, 24–28 mars, Göteborg.
- EADV Face-to-face learning. <https://eadv.org/education/face-to-face/>
- ESMS Mohs Surgery Course, (datum och plats ej klart). <http://esmscourse.org/>
- 11th World Congress of Melanoma and 21st EADO Congress (European association of dermatology oncology), 3–5 april, Aten. <https://worldmelanoma2025.com/>
- Hugh Greenway's 42nd annual superficial anatomy and cutaneous surgery course, UC San Diego School of Medicine, (datum ej klart), La Jolla. <https://ucsd.cloud-cme.com/>
- International short course on Dermoscopy, (datum ej klart), Graz. <https://www.medunigraz.at/iscd>

*Bästa hälsningar,
Styrelsen för SDKO*

Dermatoskopiquiz

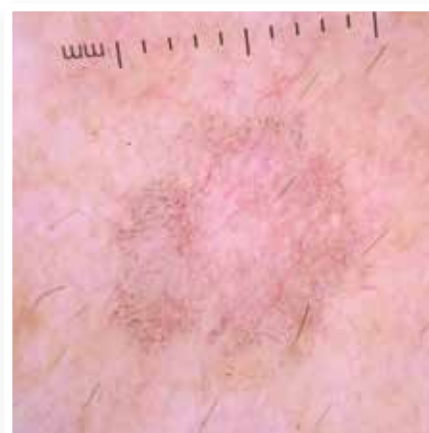
För att fira D&V:s 10-årsjubileum kommer här ett extra stort quiz med fem dermatoskopifall med chans till fint pris sponsrat av SSDV. De skickliga dermatoskopister som svarar rätt diagnos på samtliga fall kommer att vinna ett exemplar var av boken "Diagnostic Dermoscopy – An Illustrated Guide" av Jonathan Bowling, John Paoli och Alex Chamberlain.



Fall 1

En 58-årig man söker för att hans fru har uppmärksammat en gråaktig macula vid vänster axel.

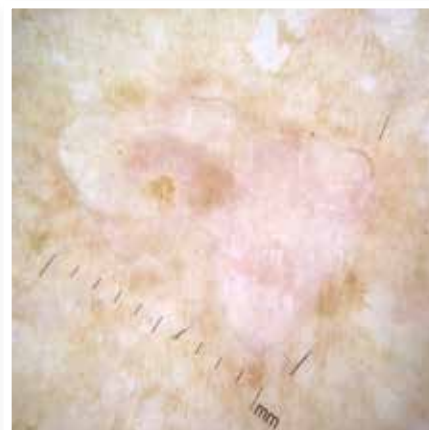
Vad är det han har där?



Fall 2

En 63-årig kvinna uppvisar denna lätt fjällande rödbruna lesion på ena underbenet. Den har funnits i flera månader, kanske några år, och ger inga symtom.

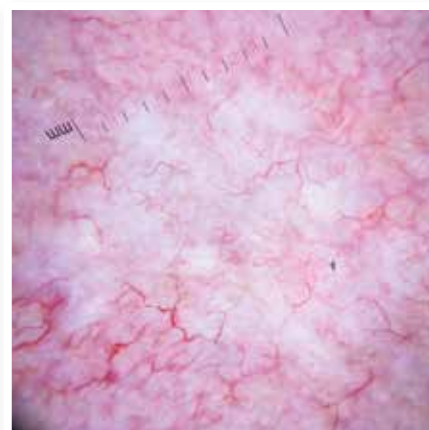
Vad är det?



Fall 3

En 72-årig man söker för ett vitaktigt plaque på vänster kind som tillvuxit sakta under de senaste åren.

Känner du igen diagnosen?



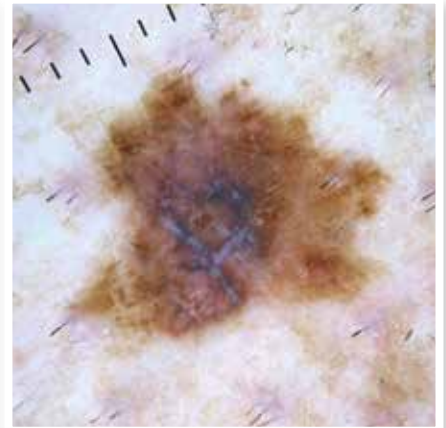
Fall 4

En 31-årig kvinna med multipla nevi uppvisar en "ful ankunge" på buken. Hon uppger att lesionen har ändrat färg och kanske vuxit senaste halvåret.

Vad är detta?

**Fall 5**

En 50-årig man har utvecklat denna lesion på bröstkorgen. Det är ett solklart melanom. Men frågan är om det är ett melanom *in situ*, ett tunt invasivt melanom (≤ 1.0 mm Breslowtjocklek) eller ett tjockt invasivt melanom (>1.0 mm Breslowtjocklek)?



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 vann priset.

Bästa hälsningar

John Paoli

Professor,
Sahlgrenska akademien,
Göteborgs universitet



Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopiquiz från nr 40 • 4/2024

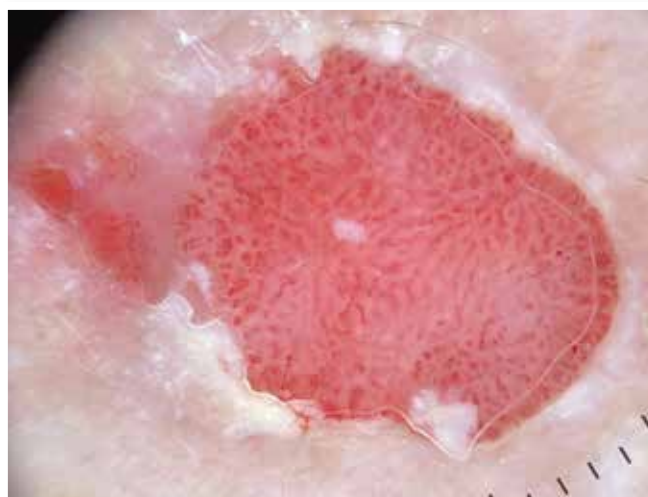
Facit:

I föregående nummer fick ni bedöma denna växande, lätt upphöjda och svulstiga lesion på underbenet strax nedan knäet hos en 68-årig kvinna. Som nämnt var detta inte någon ovanlig diagnos men en något mindre vanlig variant av den som ger en typisk klinisk och dermatoskopisk bild.

Dermatoskopiskt ses en lesion som förutom minimala keratinrester i periferin endast uppvisar kärlstrukturer med diffus distribution på rosaaktig bakgrund. I den mindre upphöjda delen kl 9–10 ses klassiska glomerulära kärl. De mer komplexa kärlen i resten av lesionen är dock en variant av glomerulära kärl som är större och mer komplexa, ställvis lite mer avlånga till formen. Den ökade komplexiteten beror på att lesionen är såpass svulstig och upphöjd. Som ni vet är glomerulära kärl mycket vanliga vid skivepitelcancer *in situ* som också är korrekt diagnos. Den histopatologiska varianten beskrivs som hyperplastisk skivepitelcancer *in situ*.

Dessvärre var det ingen som prickade korrekt diagnos denna gång. Trots min ledtråd om att det handlade om en vanlig diagnos var det många som gissade på ekrint porom som kanske inte kan anses ha speciellt hög incidens. Detta var dock en mycket bra differentialdiagnos eftersom de ”förstorade glomerulära” kärlen i fallet nog tenderar att likna det som kallas ”branched vessels with rounded endings” som ofta ses i ekrint porom.

I detta nummer får ni en ny chans att testa era dermatoskopikunskaper i ett extra stort quiz med flera fall. Lycka till!



John Paoli

Professor,
Sahlgrenska akademien,
Göteborgs universitet



Annons

De tio år som gått

För att lyfta fram vad ni läsare bidragit med under åren ägnar vi resten av detta jubileumsnummer åt tillbakablickar. Som redaktör påminns man ständigt om vidden av vår specialitet, både vad det gäller mängden ämnen som berörs och de många intressanta, stundom egensinniga infallsvinklar ni finner på dessa.

Så i följande blygsamma urval kan ni bland annat påminna er om studiebesök och auskultationer, turistmål inför semestern, sitteljus, tips om kunskapsresurser, En dermatologs vardag, patientfall, populärkulturella aspekter av atopiskt eksem, hur STI fungerar i Danmark och pandemin som ställde tillvaron på ända.

Utan tvekan är D&V en medlemstidning i ordets bästa bemärkelse. Redaktionen tackar er alla för åren som gått och ser fram emot att höra mer från er.



VADSTENA 4

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

7 – 8 April 2025

Leading experts in skin cancer epidemiology and evidence-based medicine will present hot topics in these areas.

- **Professor David Whiteman**, QIMR Berghofer Medical Research Institute, Queensland, Australia
- **Associate Professor Marlies Wakkee**, Erasmus MC, Rotterdam, the Netherlands
- **Senior Consultant Stella Cizinsky**, Department of Cardiology and Physiology, Örebro University, Sweden

Welcome!

SveDEN

Svenska Dermato-Epidemiologiska Nätverket



Hudkliniken Linköping



Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi



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

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

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

Hemsida:
ssdv.se

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

Layout:
Annika Cederlund
annika@mediahuset.se

Annonser:
Jean Lycke
jean@mediahuset.se

Tryck:
CA Andersson, Malmö
Distribueras som posttidning



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

Foto: Pavel Burian

Innehåll

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

Välkommen till vår nya tidning!



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

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

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



John Paoli
Ordförande SSDV
john.paoli@vgregion.se

Sårwebben

– en kunskapsplattform på internet

Bensårscentrum på Skaraborgs Sjukhus Skövde startade 1999 och bedriver multidisciplinär vård av patienter med svårårläta ben-, fot- och trycksår.

Samhällskostnaderna för bensårsbehandling är stor. I Skaraborgs län uppskattades under 1990-talet att 60 miljoner kronor årligen krävdes för denna vård. Nya siffror (baserade på minskat totalantal patienter inom sjukvården 2002) antyder dock att betydande kostnadsbesparingar kunnat göras, grovt uppskattat till 15–20 miljoner kronor per år. Cirka tre fjärdedelar utgörs av personalkostnader och enbart 10–20 procent av förbandskostnader. Hur stora kostnaderna blir bestäms framförallt av omlägningsfrekvens, tid till sårsläkning och andelen sårrecidiv. Detta är faktorer som vi tror kan påverkas med ökad tillgänglighet till kunskap och information.

Vi på Bensårscentrum upplevde stor efterfrågan på kunskap från övriga vårdgivare genom telefonförfrågningar, önskemål om hyspitering, stort söktryck på våra utbildningar samt bristfälligt ifyllda remisser till våra mottagningar. För att möta detta behov startades 2005 ett samarbete med KTH (Kungliga Tekniska högskolan), Högskolan i Skövde, Primärvården/Hentorps Vårdcentral och Skövde Kommun för att utveckla en kunskapsplattform på internet: **Sårwebben** www.vgregion.se/skassarwebben.

Utvecklingen skedde inom ramen för forskningsprojektet EKL, Effektiv Kunskapsshantering och Lärande i kunskapsintensiva verksamheter.

Det sätt på vilket innehållet presenteras styr användaren att göra en bedömning/ställa diagnos, vilket är en förutsättning för ett korrekt omhändertagande och handläggande av patienten.

Efter hand har Sårwebbens innehåll utökats från att endast ha information om bensår till att även röra prevention och behandling av trycksår.

Nytänkande

Sårwebben är ett utbildningsmaterial *skrivet för* och publicerat på in-

ternet vilket ger avsevärd ökad tillgänglighet jämfört med pappersdokument.

Genom att strukturera vår kunskap har vi skapat en medvetenhet om både vilken kunskap som finns och som vi själva har, men också om kunskapsluckorna. Detta i sig ger motivation och insikt att lära av varandra – frågor genererar lärande. Ett steg i riktning mot "den lärande arbetsplatsen".

Publiceringssättet ger dessutom möjlighet att snabbt uppdatera innehållet så att användaren alltid har tillgång till aktuell information. Rutiner för att fånga upp, granska och publicera ny kunskap har utarbetats.

Materialet presenteras inte bara som en text utan även med hjälp av bilder, ljudfiler och filmer (multimedia). Fördelen med att använda multimedia är att flera sinnen aktiveras samtidigt och flera inlärningsförmågor stimuleras. Detta presentationsätt ger ökad användbarhet i exempelvis utbildningssituationer.

Dokumenterad patientnytta

Möjligheten för patienten att få korrekt omhändertagande, både medicinskt och omvårdnadsmissigt, ökar tack vare att aktuell information och kunskap finns tillgänglig då den efterfrågas.

Personal inom alla professioner har uttryckt sin uppskattning av att materialet är uppdaterat och tillgängligt i alla situationer. Vi ser med stor tillfredsställelse att **Sårwebben** har många besökare och därmed fyller ett behov.

Förhoppningsvis minskar behovet av att göra förfrågningar via telefon, vilket leder att tid frigörs för patientbesök. Detta leder till snabbare handläggning av prioriterade patientbesök på alla vårdnivåer.

Framgångsfaktorer i det fortsatta arbetet

För att materialet skall var användbart är det viktigt att all information är aktuell. Därför uppdateras sidan regelbundet, alla sidor går igenom och kvalitetssäkras på nytt en gång per år. Nya rutiner tillförs och efter varje ny förbandsupphandling sker en revidering. På Bensårscentrum har vi avsatt en dag per månad till detta arbete. En förutsättning för vårt arbete är att teknisk stöd finns tillgängligt via sjukhusets kommunikationsenhet. Sårwebben har under åren alltmer blivit ett arbetsredskap och en angelägenhet för hela Bensårscentrum.



Siv Lejon.

Foto: Eva Nordin



Sårwebbens hemsida: www.vgregion.se/skassarwebben

Siv Lejon och Sonja Wollecki

Sjuksköterskor vid Sårcentrum, avdelning 56 på Kärnjukhuset i Skövde

Annons

Annons

Annons

Studiebesök i Köpenhamn på en venereologiavdelning

– Ok, STI i Danmark... Hur tänker de här, och hur fungerar det här i Danmark med STI och venereologi? Norska venereologerna har vi ju kontakter och samarbete med inom svensk venereologi, men de danska har man knappt hört något från. Med kontakten med kontinenten kanske de håller sig i framkant och är nytänkande?

Nyfikenheten var stor och frågorna många när vi närmade oss sjukhuset som rymmer Köpenhamns i princip enda (visade det sig senare) venmottagning.

Sjukhus i ålderdomlig byggnad

Bispebjerg Hospital är en gammal och vacker anläggning från 1910-talet, med många låga tegelbyggnader och spröjsade fönster. Murgro- na klättrande på väggarna, prunkande välsköt- ta parkanläggningar och promenadgångar runt så man får känslan av campus i Cambridge (någon annan i gruppen tyckte mer det liknade ett gammaldags mentalsjukhusområde). Hud- kliniken och venmottagningen huserar tillsam- mans, och i lokalerna invändigt verkar tiden stått näst intill stilla, och inte mycket vara gjort för att anpassa lokalerna till nutid.

Det finns i Köpenhamn egentligen två ven- mottagningar men den ena med väldigt liten verksamhet (20 patienter per vecka), och den andra är den på Bispebjerg.

Kösystem istället för tidsbokning

När man som patient kommer för provtag- ning på Venkliniken i Bispebjerg får man ta en kölapp och slå sig ner längs väggarna i det enor- ma väntrummet. I snitt söker 130 patienter per dag. Det finns inga bokade tider, utan det är bara drop in, och väntetiden ligger ofta uppåt 4-6 timmar förutsatt att man inte har VIP-kort (som delas ut till vissa patienter däribland de som säljer sex).

På svenska venmottagningar ser man ofta en massa informationsbroschyrer om könssjukdo- mar och sex, som patienterna kan ta för sig av i väntrum och undersökningsrum, men här är det glest med det.

Man har varit tvungna att dra ner öppethål- landet av mottagningen från hela dagar, och har sedan årsskiftet insläpp under ungefär tre timmar fram till klockan 12. Eftersom det bara finns en toalett på hela mottagningen så ingår inga urinprov i provtagningen, utan kvinnorna

får lämna vaginalsvab och på alla män tas pinn- prov från uretra istället.

Två doktorer och ett par sjuksköterskor tjänstgör vid varje pass, och en av sjuksköter- skorna har även funktion som rådgivare för samtal kring STI samt oro kring STI, kondom- användning och säkrare sex ur ett STI-per- spektiv. För preventionsfrågor kring graviditet hänvisas patienterna till en privat organisation, Sex och Samfund, och för frågor kring sexuell dysfunktion hänvisas patienterna till en sexolo- gisk klinik på Rikshospitalet.

Inte som i Sverige

Smittspårning är inte obligatoriskt för någon STI i Danmark, inte ens vid HIV, och det är upp till patienten att be kliniken om hjälp med detta om man önskar att partners kontaktas men inte vill ringa själv. Smittspårade personer har i Danmark heller inte skyldighet att låta sig undersökas och behandlas.

Läkemedel i Danmark är gratis vid gonorré, syfilis, HIV, men inte vid klamydia som till skillnad från dessa STI:er inte är anmälnings- pliktig i Danmark.

På mottagningen där interiören inte tycks ha



Ordförande Per Anders Mjörnberg, Anna Hestner och Malin Assarsson på väg in på Bispebjergs sykehus.



Kölappautomat.

Alla foto: My Falk



Rundvandring på venmottagningen, Bispebjerg.

Rådgiverfunktionen.

- ❖ Rådgivning og vejledning i forbindelse med seksuelt overførte sygdomme - også når det mest handler om angst.
- ❖ Rådgivning i forbindelse med konstatering af HIV.
- ❖ Vejledning i sikkersex og kondom brug.
- ❖ Vejledning i eller hjælp til smitteopsporing.
- ❖ Anmeldelser, samt evt. indkaldelse af patienter



Ordföranden visar vägen.

ändrats särskilt mycket sen ursprungligt skick, finns ett mikroskopirum med mörkfältmikroskop bl.a. Det är många av läkarna på hudkliniken, framför allt de nyare underläkarna som tjänstgör på venavdelningen.

Om venmottagningen i Bispebjerg

Dr. Helle Kiellberg Larsen som är ansvarig läkare på venmottagningen i Bispebjerg, samt sjuksköterska Britt Nikolaussen, presenterar verksamheten och STI-situationen i Danmark och Köpenhamn.

På Bispebjerg har man cirka 30 000 venpatienter per år. Som standardundersökning tas prov för HIV, syfilis, klamydia och gonorré.



Den enda patienttoaletten på venmottagningen på Bispebjergs sjukhus.

I förhållande till befolkningens mängd (i Sverige ungefär 9,6 miljoner människor jämfört med cirka 5,6 miljoner i Danmark) ligger incidensen för de flesta STI:er högre än i Sverige men lite lägre eller ungefär motsvarande om man ser till totalantal.

Totala andelen syfilisfall låg dock förra året ett par gånger högre i totalantal i Danmark än i Sverige.

Man har i Danmark cirka 30 LGV-fall per år och i Köpenhamnsområdet skickas alla positiva rektala klamydiatest för LGV-typning.

2009/2010 blev Gardasilvaccination gratis för unga flickor i Danmark, och man upplever liksom man gör på många svenska venerologiska kliniker, att besöken för kondylom sedan införandet av vaccinationskampanjen började, har halverats.

Man tillämpar på Bispebjerg lite andra metoder för kondylombehandling än vad som rutinemässigt används i Sverige, med bl.a. triklorättiksyra, TCA, på huden och intrauretralt (!) samt Aldara intraanalt och man har flyttat över vissa delar av behandlingen med Condylone/TCA på externa kondylom till sjuksköterskor. Man använder på Bispebjerg CO2-laser och kryo av kondylom, men har inte tillgång till diatermi.

På frågan om det finns någon motsvarande sammanslutning som svenska Sektionen för venerologi för danska venerologer för att diskutera venerologiska frågor och riktlinjer, berättar Helle att det inom Dansk Dermatologisk Selskab finns en sektion som heter Venerea Utvalg och som hon själv är med i. Den består av ungefär 6 doktorer som är representanter från venkliniker i Odense Universitetssjukhus, Århus Universitetshospital, Hudkliniken i Ålborg samt Bispebjerg hospital i Köpenhamn.

Mindre resurser

Ett kvardröjande intryck efter vårt studiebesök är att de danska kollegorna har mindre resurser till sitt arbete och mottagning, och att venerologisk hälsovård och preventionsarbete inom sjukvården i Danmark verkar prioriteras lägre än i Sverige.

Kanske kan det delvis vara kopplat till att sexuellt överförda sjukdomar i Danmark inte regleras alls i samma utsträckning som i Sverige i lagtext.

Vi hoppas framöver att utbytet av kunskap och erfarenhet mellan Danmark och Sverige i venerologiskt hänseende ska kunna fortsätta. Sektionen för Venerologi har nu som ett led i detta bjudit in våra danska värdar och föreläsare till den årliga utbildningsdagen i Stockholm, som hålls den 29 januari 2016.



Malin Cullberg

Specialist Dermato-Venerologi,
Hudkliniken Södersjukhuset
Styrelseledamot i Sektionen för Venerologi.

Så såg läkemedelsannonserna ut för 98 år sedan!

Denna gång tittar vi på hur läkemedelsannonserna såg ut i ett nummer av läkartidskriften Hygiea 1917. Annonserna återspeglar hur få läkemedel som fanns. Dessutom blandades många läkemedel på apoteken utifrån svenska farmakopen och såldes alltså inte av läkemedelsbolag. Vi kan se att fjällande hudsjukdomar behandlades med Oxygenolbad. Ledgångs- och muskelreumatism, gikt, neuralgier etc. blev uppenbarligen bättre av att man drack radioaktivt vatten från Gastein. Det skulle

man nog undvikit idag. En helsidesannons visar preparat av urologisk betydelse. Nervösa besvär hos kastrerade och klimakteriska kvinnor kunde "med framgång" behandlas med Oophorin-ovariin och om patienten hade prostatism eller impotens fanns testikelextraktet Testiculin att tillgå. Jag misstänker att man nog var beröende av en betydande placeboeffekt. Idag är layouten på annonser helt annorlunda och mer säljande med vackra människor och i flerfärgstryck (titta bara i detta nummer av Dermatologi

& Venereologi!). Det är längesen organextrakt försvann från marknaden. Testosteron isolerades och namngavs i Holland 1935 och senare samma år syntetiserades det av Adolf Butenandt i Tyskland och Leopold Ruzicka i Schweiz. De fick Nobelpriset i kemi 1939. Dagens utbud av verkamma läkemedel är närmast oändligt.

Bengt Uvelius

bengt.uvelius@skane.se

IV 1917 -- ANNONSAVDDELNING -- Häfte 6.

OOPHORIN-OVARIIN

(namnet skyddat)

av Prof. LANDAU, Berlin, mot bortfallssymtom av speciellt nervösa besvär hos kastrerade och klimakteriska kvinnor, användbart med framgång. — Tabletter å 0.3 och 0.5 gm. torrsustans, överdragna med kakao.

DEGRASIN

Avmagringsmedel

från sköldkörtel i största koncentration och renhet. Prövat och doserat vid ämnesomsättningsförsök. 1 glasrör = 40 tabletter (ungefärlig dos för en vecka).

Renoformsnuspulver

Den verksamma principen i blajuro.

Renoform 1:2000 m. acid. boric. och sacchar. lactis.

TESTICULIN

(Testis-extrakt)

Verksamt tonicum, med fördel använt vid behandling av prostatism, prostatahypertrofi, sexuell neurasteni, impotens.

Prov och litteratur till förfogande.

Berliner Fabrik organotherapeutischer Präparate

Dr FREUND & Dr REDLICH, BERLIN N. W. 6.

BAND 79 MARS 31
HÄFTE 6 HYGIEA 1917

MEDICINSK TIDSKRIFT
UTGIVEN AV SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
Redaktör: Professor Dr CARL SUNDBERG

Redaktionsråd: Doc. Dr H. FORSSNER, Prof. Dr E. HOLMGREN, Prof. Dr L. HOLMGREN, Överskare Dr E. G. PULTAREN, Zdrav Stadsbarn G. MULLKVIST, Prof. Dr S. JOLIE, Regementsläkare Dr T. SJÖGREN

Vid smittosamma och fjällande

HUDSJUKDOMAR

äro OXYGENOLSYRGASBAD synnerligen effektiva

Baden verka desinficerande, uppjupka huden och verka avfjällande. Anbefallas vid behandling av mässelslag och nervös hudklåda. Avfjällningstiden vid mässling och skar lakansfeber förkortas i hög grad genom användning av Oxygenolsyrgasbad.

Litteratur: BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1910/12. WOLFF, die Infektionskrankheiten des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, BERLIN.

STARKT RADIOAKTIVT GASTEINERVATTEN

"Apotekarnas Stilm"

innehåller ca 10,000 collogenbiter på flaska om 200 kbm.

Dos: En flaska 3-6 ggr dagligen under 6-8 veckor.

KONCENTRERAT RADIUMVATTEN

"Apotekarnas Stilm"

i karlunger med 300 flaskor om 20 kbm, tillhvarann innehåller ca 116,000 v. e.

Dos: En flaska 3 ggr dagl efter måltiderna under 4-6 veckor.

Indikationer: Kronisk och subakut ledgångs- och muskelreumatism, gikt, neuralgier (spec. ischias), nervösa och svaghets-tillstånd, m. m.

KONTROLLERADE MINERALVATTENSALTER

"Apotekarnas Stilm"

all föredraga framfö till sin sammansättning ockontrollerade salter.

APOTEKARNAS MINERALVATTENS AKTIEBOLAG, Stockholm.

Inspektor och Kontrollant: Professor Dr O. HAMMARSTEN.

Gynna Hygieas annonsörer!

Var fristående till av sjukliga sjukdomar. Upplysningsmedel för sjukvården. ANNA A. RUTEN WEDERSTEDT CONQUEST. Inspektor Prof. CARLUS.

CARLSHALLS SJUKHEM invid Stockholm
R. T. 1917. S. Stockholm. H. R. T. 1917. S. Stockholm. H. R. T. 1917. S. Stockholm.

Annons

ST-läkare i Sverige och Norge

Efter 3 år som ST-läkare på hudmottagningen i Nässjö och läns-sjukhuset i Ryhov valde jag i september 2015 att fortsätta min specialistutbildning i Norge, på Haukeland universitetssjukhus i Bergen. Jag gick från en trygg fast anställning som garanterade min specialistutbildning, till ett underläkarvikariat i regniga Bergen. Efter 10 år på rymmen, först genom medicinutbildningen i Danmark och därefter min tid som ST-läkare i Sverige, är jag alltså åter i Norge.

När man som jag har rest genom olika länder blir man tvungen att tänka en extra gång när det gäller att ordinera vissa behandlingar som tidigare var rutin. Det är så lätt att göra något bara för att «så görs det här». Och sedan tänker man kanske inte så mycket mer på det. Om det är något man lär sig genom att jobba på olika ställen, så är det att många vägar leder till Rom. Nyligen hade vi en patient med pyritiasis amiantacea på behandlingsenheten i Bergen. «Fjäll av med dermovat-ister» sade jag till kollegorna. «Dermovat-ister? Vad är det?» frågade de mig. »Ja, men det är... Dermovat-ister...» försökte jag svara. Jag kom på att jag aldrig hade reflekterat över vad det egentligen var. Kortfattat så använder kollegorna i Norge inte denna kräm som innehåller en blandning av klobetasol kombinerat med grisfett. Men det går bra ändå! För man kan få liknande effekt med andra metoder. Dessa behöver inte nödvändigtvis vara sämre eller bättre. De är bara annorlunda.

Här på Haukeland universitetssjukhus har man dock tillgång till alla de senaste moderna behandlingar som används på hudkliniker i Sverige. Men det finns något som används här som jag åtminstone inte har sett under mina år i Sverige. Goeckerman terapi, med andra ord tjärbehandling. I Norge. År 2016. Tydligt har detta fått en renässans i Europa, och här på Haukeland har man dagligen patienter som kommer för att få denna resurskrävande behandling. Lite av en stenåldersbehandling tänkte jag, men det är ju ett fantastiskt välbeprövat alternativ för multisjuka patienter som av en eller annan orsak inte kan få systembehandling. Och gissa vad. Det funkar även år 2016. En annan annorlunda teknik som jag fick se för första gången i Bergen var "sitteljus" (se bild). Det är en hemsnickrad toalettstols med TL-01 ljus under. Alldeles utmärkt för patienter med lichen sclerosus et atrophicus, invers psoriasis och perianal klåda till exempel.

I Norge, som i Danmark, har man få dermatologiska avdelningar på offentliga sjukhus (totalt 7 i Norge). Resten av dermatologerna arbetar privat, antingen med avtal med den offentliga sjukvården eller helprivat. Med tanke på vårdvalet som infördes under mina sista år i Sverige och diskussionerna som fördes kring detta, levde jag i tron att jag enbart skulle se de allra svåraste patienterna på sjukhuset. Men även om det absolut är så att de svåraste patienterna kommer hit, så får man även handlägga helt vanliga dermatologiska åkommor och jag får på det sättet en fullvärdig ST-utbildning. När man reflekterar vidare på detta så kanske det inte är så dumt att de svåraste patienterna samlas på ett fåtal ställen som då får möjligheten att tillägna sig större erfarenhet av att hantera dessa patienter?

Att ha olika arbetsplatser under ens tid som ST-läkare är inte bara positivt. Jag vet t.ex. ännu inte om alla mina år i Sverige kommer att bli godkända i Norge. Även om de berättar att det sannolikt går bra, tas beslutet först när jag tror att allt är klart och jag skickar in mina papper. Kanske blir jag tvungen att gå ett år extra innan jag blir klar? Utbudet av ST-kurser är det också lite mindre av i Norge. Man saknar exempelvis



en kurs om diagnostik och handläggning av hudtumörer likt den som arrangeras vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset för svenska ST-läkare.

I det stora hela är det inte så annorlunda att arbeta som dermatolog i Norge jämfört med Sverige. Man har samma tankesätt, liknande populationer och livsstilar. Detta ger också gyllene möjligheter till samarbete och gemensamma forskningsprojekt. När vi inte är fler än 750 dermatovenereologer tillsammans borde vi kanske samarbeta ännu mer än vad vi gör idag. Vi har redan en nordisk kurs i kirurgi (som är väldigt populär i Norge) och i år arrangeras för första gången en gemensam nordisk kurs i dermatoskopi i Göteborg. Kanske borde man även ha en gemensam ST-träff för att försöka få ett bättre nätverk och samarbete över de nordiska gränserna i framtiden?

Slutligen vill jag säga tack till mina tidigare kollegor i Nässjö och Jönköping, speciellt Dr. Iwona Wielondek som gav mig chansen till att starta min karriär i Sverige, som jag nu bygger vidare på i Norge. Tack Sverige, vi ses nog igen!

Reza Sohrabi

ST-läkare

Haukeland universitetssjukhus
Bergen, Norge



Annons

Auskultation – The Vascular Birthmark Institute of New York – USA

Vaskulära lesioner

Vaskulära lesioner är relativt vanliga och drabbar upp till 10 procent av alla spädbarn. I den nu aktuella klassificeringen av vaskulära lesioner som antogs av ISSVA (*International Society for the Study of Vascular Anomalies*) 1996 indelas lesionerna i tumörer, med endotelproliferation, och missbildningar, utan endotelproliferation. Det är av vikt att förstå och kunna tillämpa denna relativt nya klassifikation för att kunna ställa rätt diagnos och därmed ge patienterna en korrekt behandling.

Tumörer är vanliga, medan missbildningar är relativt ovanliga. Den vanligaste typen av tumör är infantilt hemangiom, och denna typ av kärltumör har troligen de allra flesta dermatologer stött på.

Vaskulära missbildningar är dock mer sällsynta, och därför har jag själv känt mig osäker då det kommer patienter med denna frågeställning:

– Hur ställer vi rätt diagnos? Vilken utredning bör utföras? Finns det flera behandlingsmöjligheter och vilken lämpar sig i så fall bäst i det aktuella fallet? Hur brådslande är det?

"Fairytale of New York"

Under en föreläsning på de nationella ST-dagarna inom ämnet laser och vaskulära lesioner tipsade dr. Agneta Troilius-Rubin om möjligheten att kontakta dr. Milton Waner i New York för auskultation vid dennes klinik på

Manhattan för att lära mer inom detta område.

Genom tilldelandet av DCH-stipendiet fick jag till min glädje förmånen att under en period av två veckor auskultera vid *The Vascular Birthmark Institute of New York (VBINY)* hos dr. Waner.

The Vascular Birthmark Institute of New York grundades av dr. Milton Waner och dr. Alejandro Berenstein.

Dr. Waner är en internationellt erkänd expert och pionjär inom behandling av hemangiom och vaskulära missbildningar med över 20 års erfarenhet inom detta område. Dr. Berenstein är interventionsradiolog subspecialiserad inom neuroradiologi.

Att få auskultera hos dr. Waner och dennes team innebar således för mig en ovärderlig möjlighet att få se och vara med vid diagnostisering och behandling av barn och vuxna från hela världen med vaskulära lesioner – både vanliga och ovanliga.

"No sleep till Brooklyn"

Den kliniska vardagen på *The Vascular Birthmark Institute* är indelad i ett veckoprogram med start måndagar med poliklinisk kirurgi och laser på kliniken, som ligger tillsammans med *Manhattan Eye, Ear, and Throat Hospital* centralt på Manhattan på 64:e gatan.



Kontinuerlig monitorering av n. facialis under kirurgi.

Foto: M Waner.

På tisdagar är det mottagningsverksamhet på kliniken med bedömning och laserbehandling av nya, remitterade patienter samt uppföljning av tidigare behandlade patienter. Dessa dagar är hektiska med högt tempo, där dr. Waner och hans kollega (och för övrigt även hustru) dr. Teresa O träffar patienter i ett snabbt och effektivt flöde. Till sin hjälp har de då två "Physicians Assistants" som fungerar som deras förlängda armar både vad gäller patientkontakt, röntgenremisskrivande, fotografering av patienter, kaffehämtande, lunchinköp m.m. Dessa tisdagar var oerhört värdefulla för mig då jag fick möjligheten att se och undersöka många patienter med ovanliga diagnoser som jag tidigare endast läst om.

Onsdagar är långa dagar som börjar med multidisciplinär diskussion kring komplicerande fall och därefter kirurgi på inläggande patienter på *Lenox Hill Hospital*. Här utförs mer komplicerad kirurgi. Jag var bl.a. med vid två tillfällen och auskulterade vid kirurgi av stor lymfatisk missbildning i ansiktsregionen. Denna typ av kärlmissbildning kan vara stercystisk, småcystisk eller en mix av båda. Vid stora





Resultat efter flera sessioner med sklerosering, kompression och kirurgisk "debulking" av en lymfatisk missbildning.

Foto: M Waner.

förändringar lokaliserade i ansiktet krävs ofta både kompression, intralesionell sklerosering samt kirurgi med s.k. "debulking". Att uppnå

radikalitet vid kirurgi är svårt då lymfatiska missbildningar har ett infiltrativt växtsätt, och man riskerar därmed även att skada nerver i



Dr. Evenhamre och dr. Waner.

Foto: Y Bernstein

området med funktionsbortfall som eventuell påföljd. För att minska risken för detta använder man sig av s.k. kontinuerlig nervmonitorering. Detta innebär i detta fall att nervus facialis och dess grenar kartläggs innan kirugin, och monitoreras därefter kontinuerligt under operationen.

Torsdagar är likt måndagar; åter på VBINY med poliklinisk kirurgi och laser.

På fredagar står mindre kirurgiska ingrepp samt laserbehandlingar på schemat. På VBINY använder man sig framför allt av pulsad färglaser, fraktionerad CO2-laser, Nd-YAG och s.k. "gentle YAG" laser med kryofunktion.

Kliniken är stängd under helgerna, och just helgen mellan mina två auskultationsveckor firades det judiska nyåret, Rosh Hashanah. Till sederna kring Rosh Hashanah hör en festmåltid, och jag blev bjuden på en riktig sådan hemma hos dr. Waner, dr. O och deras två små söner. Till varje rätt var traditionsenligt något sött inkluderat då detta symboliserar önskan om ett sött och gott nytt år.

"A New York state of mind"

Min vistelse i New York och på VBINY var fantastisk på många sätt. Jag blev så väl mottagen och lärde mig mycket. Dr. Waner är en fantastisk person, både p.g.a. sitt kunnande inom professionen och många andra områden, men även p.g.a. sin personlighet, sitt intresse för andra människor, sin gästfrihet och förmåga att bjuda på sig själv.

Jag vill rikta ett stort tack till Diagnostiskt Centrum Hud och SSDV för tilldelandet av DCH-stipendiet som möjliggjorde denna auskultation och upplevelse!



Karolina Evenhamre

Specialistläkare
Universitetssjukhuset Örebro

Förslag till förbättring av TV-advokatens eksem

Artikeln har tidigare publicerats i *Läkartidningen* 1-2 2017.

Bakgrund

Den kritikerrosade amerikanska deckarserien "The night of" visas just nu på HBO Nordic. Under de åtta spännande avsnitten får vi följa Naz, en ung, till synes skötsam man med rötter i Pakistan, som hamnar i en olycklig situation när den första kvinnan som han har intimt umgänge med blir mördad samma natt. Han blir anklagad för detta brutala mord och sätts i fängelse. Som försvarsadvokat ställer den slitne, eksemdrabbade John Stone upp. Just försvarsadvokatens eksem får sedan en central roll i serien, då inte ett avsnitt går utan att hans eksem av en eller annan anledning hamnar i fokus.

För den som jobbar med eksempatienter får detta ses som ett mycket positivt inslag, då

eksempatienter sällan får så mycket uppmärksamhet medialt, eller i andra sammanhang. Det finns också en tendens bland andra kollegor, som inte är hudläkare, att anse att eksem inte är särskilt spännande eller intressant. Dock rör sig detta trots allt om en mycket vanlig diagnos som kan vara väldigt besvärlig med stor påverkan på livskvaliteten och som saknar botande behandling. Eksemdiagnosen förtjänar därför att bli uppmärksammas.

Syfte

Syftet med den här artikeln är att gå igenom försvarsadvokatens förhållningssätt till eksemet och att försöka hitta faktorer som kan förbättra hans besvär.

Resultat

När John Stone träffar den åtalade för första gången, bär han utöver sina proptra advokatkläder ett par opassande öppna sandaler, utan

strumpor, då hans läkare har uppmanat honom att lufta eksemet. Han har en besvärlig klåda på fötter och underben och bär med sig en strumpsticka som han kliar sig med i tid och otid. När människor han träffar ser eksemet är det många som avlägsnar sig då de blir rädda att bli smittade. Stundvis bär också John Stone vita bomullsvantar när hans handeksem är förvärrat.

Under seriens gång besöker John Stone en hudläkare som ordinerar honom att smörja med en fet salva på eksemet och sedan linda runt plastfolie, en enklare form av så kallad oklusionsbehandling. När denna behandling inte ger tillräckligt resultat uppsöker försvarsadvokaten en annan läkare som ordinerar honom en peroral kortisonkur, klorinbad samt att inhandla en UVB-lampa. Vid denna tidpunkt besöker han också en eksemgrupp som består av andra eksemdrabbade medelålders män, där de utbyter erfarenheter kring sina besvär.



John Turturro som advokat John Stone i teveserien "The Night Of". Han besöker en dermatolog för att få hjälp med sin besvärliga eksem, som aldrig tycks vilja gå över.

Foto: HBO

När John Stone gör en brottsplatsutredning upptäcker han att offrets katt finns kvar ensam, och han förbarmar sig då över denna och låter den flytta in hos honom. Där får den bo instängd i ett av rummen då John Stone också lider av pälsdjursallergi. Det händer att katten lyckas smita ut och lägga sig bredvid sin nya husse på natten, varpå han får besvärliga symptom i form av astma, kliande ögon och näsa, och även förvärrat eksem. Utifrån detta kan det konstateras att John Stone lider av *atopiskt* eksem, som har en tydlig koppling till astma och allergisk rinit.

Han kliar sig desperat och eksemet blommar upp som på beställning. Han beslutar sig då att ta en ny ordentlig dos av kinapulvret.

När John Stone upplever att ingen av de traditionella medicinerna han förskrivits har någon större effekt på eksemet känner han sig desperat, varpå han söker upp en kinesisk man med egen praktik. Kinesen undersöker eksemet noga och förskriver sedan ett oidentifierbart, dyrt pulver som ska vara bra för eksemet. Pulvret visar sig ha en snabb och positiv effekt och John Stone känner sig mycket glad, och kan stolt bära sina fina skor som han inte kunnat ha på länge. Den snabba effekten får antas bero på hög dos av kortison i pulvret.

Effekten är dock kortvarig och John Stone

uppsöker åter kinesen, som korrekt föreslår att hans kund ska göra sig av med katten. John Stone beslutar sig högst motvilligt att göra detta varpå hans symptom blir bättre.

När rättegången går mot sin slutfas är John Stone mycket stressad och känner stark klåda på kroppen och i hårbotten. Han kliar sig desperat och eksemet blommar upp som på beställning. Han beslutar sig då att ta en ny ordentlig dos av kinapulvret. Denna gång dröjer det inte länge förrän röda kliande utslag sprids över hela kroppen och han får svåra andningsbesvär, varpå John Stone tvingas uppsöka akuten. Han har utvecklat allergi mot okänd ingrediens i pulvret.

I sista avsnittet när rättegången är över, känner sig John Stone ensam och tom. I slutscenen när han har gått ut kommer dock katten gåendes fritt genom lägenheten, som ett tecken för den romantiske, att John Stone inte är ensam längre, dock som ett tecken för den realistiske, att en förvärrad allergi och eksem är i antågande...

Diskussion

Som illustreras i serien kan eksem vara riktigt besvärligt. John Stone har som ovan konstaterats atopiskt eksem, en känslig hud med eksem tendens som försämras av olika sorters påfrestningar. Viktigast här är att bryta den så kallade klådcirkeln som underhåller och förvärrar eksemet och som ökar risken för sekundärinfektioner.

För optimering av försvarsadvokatens eksem föreslås följande:

- Smörja med mjukgörande kräm ofta.
- Fortsätta med okklusionsbehandling men med kortisonkräm i perioder.
- Eliminera allergen/irritant i form av katt-päls.

- Sluta lufta eksemet dagtid, bättre använda strumpor, slipper då också en del negativ uppmärksamhet.
- Fortsätta använda bomullsvantarna vid behov.
- Inse att det inte finns några snabba lösningar, undvika okända pulver.
- SLUTA KLIA, slänga strumpstickan omgående.
- Fortsätta delta i eksemgruppen, bra dela erfarenheter med andra med samma diagnos.
- Vid försämring tillägga period av UVB-ljusbehandling och eventuellt även klorinbad som dock inte är någon rekommenderad behandling i Sverige men väl i andra länder.
- Vid fortsatta besvär eventuell insättning av systemisk behandling, i samråd med dermatolog.



Karin Palmér

ST-läkare, Hudkliniken, Västerås,
karin.palmer@region.vastmanland.se

Tack för hjälpen, Nirina Andersson, ST-läkare och med dr. vid Hud- och STD-kliniken Norrlands universitetssjukhus.

Dags att betala medlemsavgiften till SSDV för 2017

Logga in och betala via hemsidan **www.ssdv.se**.

Har ni glömt ert medlemsnummer kan ni e-maila Agneta (info@ssdv.se)



Förbättringsarbete, 2016

Stressig jourverksamhet blev en stimulerande utbildningsmiljö

Bakgrund

På en för Hud- och könssjukvård klinikgemensam utvecklingsdag genererades ett antal idéer till förbättringsprojekt. Ett handlade om klinikkens jourverksamhet, som upplevdes stökig med mycket spring och ständigt ringande telefoner, det var många oerfarna doktorer på mottagningen och en stressad bakjour fick allt mer att göra. Den läkare som var ansvarig för konsultpatienter fick ofta åka till Östra och Mölndal på besök som inte alltid upplevdes nödvändiga och effektiva. Utöver detta ökade primärvårdens behov av sidoutbildningsplatser.

Syfte/mål

- 1) Förbättrad arbetsmiljö och patientsäkerhet
 - Minskad arbetsbörda för bakjouren.
 - Mindre störningar på mottagningen.
 - Rätt besöksform för patienterna.
- 2) Effektivare patientflöde och ökad kapacitet.
- 3) Förbättrad utbildningsfaktor.
 - Möjlighet att handleda fler sidoutbildande läkare.
 - Förbättra undervisning och träning för läkare under utbildning.

Genomförande/metod

Kliniken har haft en mottagning för tidsbokade akuta/subakuta tillstånd som felaktigt kallats jourmottagning, då den inte har drop-in. Samtidigt har subakuta patienter bokats in på andra mottagningar. Effektiviteten ökar om man samlar alla akuta/subakuta patienter i ett flöde, vilket för hudkliniken innebar att skapa en mottagning för patienter som är i behov av bedömning inom 0–4 veckor. Jourmottagningen bytte därmed namn till 0–4-mottagningen.

En ny läkarfunktion inrättades: 0–4 senior. Den bemannas av en specialistläkare eller erfaren ST-läkare vars uppgift är att stötta och arbetsleda 0–4-mottagningen. Detta skapar möjlighet att ta in fler oerfarna underläkare och ge snabbare och mer fokuserad handledning (istället för att tillkalla en stressad bakjour vid frågor). 0–4-mottagningen omfattar nu tre parallella mottagningar: två läkarmottagningar samt en mottagning för åtgärder som kompetensöverförts till sjuksköterskor.

Bakjourens avlastning sparade både tid och gav mindre ryckighet i arbetet. Genom att förändra rutinerna för konsultfunktionen så att patienterna i högre grad kan bedömas på distans (telefon/foto) eller på hudkliniken, blev det möjligt för bakjouren att ta dessa patienter. Konsultläkarfunktionen som alltid bemannats av en erfaren specialist kunde därmed avskaffas.

Jourmottagningens telefonlinje flyttades över till en annan mottagning för att skapa en lugnare arbetsmiljö och förutsättningar för sjuksköterskorna att i större utsträckning ägna sig åt mottagningsarbete.

Resultat

0-4-mottagningens införande i april 2016 har inneburit att:



- arbetsmiljön har blivit mindre stökig och mottagningsformerna bättre motsvarar patienternas behov.
- 0-4-senior har blivit ett omtyckt pass: handledning och undervisning är huvuduppgiften, ingen ny administration genereras och arbetet ger egen bakjourenkompetens.
- kapaciteten på mottagningen har ökat med 32% (740 besök) jämfört med tidigare jourmottagning.
- bakjouren åker endast iväg till andra sjukhus i 7% av konsultfallen jämfört med 35% tidigare.
- drygt 30% fler sidoutbildande läkare har tagits emot.
- underläkarna är nöjdare med utbildningsmomentet.

Slutsats

Genom att använda de mer erfarna läkarnas kompetens på rätt sätt och minska icke-värdeskapande moment (störningar, förflyttningar, väntan på beslut) omhändertar fler patienter med akuta/subakuta tillstånd effektivare och patientsäkrare än tidigare. 0-4 mottagningens modell med flera parallella mottagningar under ledning av en specialist skapar möjligheter för god handledning och utbildning till både läkare och sjuksköterskor.



Julia Fougelberg

ST-läkare

Hudkliniken

Sahlgrenska Universitetssjukhuset



En fysisk aktivitet under utbildningen.

Uppföljning och utvärdering av Värmlands psoriasissskola

Sedan 2012 har Hudmottagningen vid Karlstad Centralsjukhus tillsammans med Psoriasisförbundet i Värmland och hälsovetare Anja Näslund drivit en återkommande utbildning – psoriasissskola – för patienter med hud- och ledpsoriasis. Psoriasissskolans syfte är att ge deltagarna god kunskap om sjukdomen, dess behandling och sambanden mellan psoriasis och andra sjukdomar samt hur livsstilsfaktorer som kost, motion, rökning och sömn påverkar sjukdomen positivt och negativt. Totalt har tre utbildningstillfällen genomförts, 2012, 2013 och 2014, med knappt 90 deltagare totalt. Hösten 2017 genomfördes en återträff, möjliggjord av SPIRA-stipendiet.

Psoriasissskolan

Under psoriasissskolans fem dagar träffar patienterna flera olika föreläsare: reumatolog, hudsjuksköterska, hudläkare, dietist, kurator och sist men inte minst hälsovetare. I uppläggget ingår både teoretiska och praktiska moment. Diskussioner med andra kursdeltagare berikar kursen ytterligare och patienterna har varit mycket delaktiga och generöst bidragit med sina erfarenheter. Målet för kurserna var att öka patienternas kunskande och förståelse för sjukdomen samt ge dem verktyg och motivation att påverka sin livsstil.

Tanken med ansökan till SPIRA-stipendiet för återträffen var att samla ihop så

många som möjligt av patienterna som deltagit i psoriasissskolorna sedan 2012. Vi ville utvärdera vilken nytta deltagarna haft av att gå utbildningen, hur de kunnat hantera sin psoriasis och hur psoriasis har påverkat deras liv efter psoriasissskolan. Vi kunde vid litteratursökning inte finna relevanta vetenskapliga studier angående patientutbildning och psoriasis. Litteratursökningen var inriktad på systematiska översikter, randomiserade kontrollerade studier, prospektiva observationsstudier och där det var lämpligt, diagnostiska studier. Ej heller fann vi relevanta pågående studier om effekten av psoriasissskola för vuxna eller barn.



Anja Näslund, hälsovetare, en av utbildarna i psoriasissskolan.

De 90 patienter som gått psoriasissskolorna erbjöds att komma, och en fin solig dag i november 2017 träffade vi – på Värmlands museum i Karlstad – de 30 patienter (30% av de tillfrågade) som valde att komma på återträffen.

Hälsovetare, hudsjuksköterska och hudläkare föreläste för att färskas upp och fylla på kunskap om psoriasisssjukdomen och samsjukligheten, kost och hälsosamt levnadssätt. Patienterna fick prova på fysiska aktiviteter och meditation. De fick även besvara frågeformulär för utvärdering av effekten av tidigare utbildningar med frågor kring psoriasis, livsstil, samsjuklighet, vårdkontakter, mående före och efter psoriasissskolan.

Frågeformulär

Trettio patienter av alla 90 som gått psoriasissskolorna tidigare kom till återträffen och besvarade frågeformulären: en blygsam svarsfrekvens, absolut, men några intressanta data kom ändå fram:

- Före deltagande i psoriasissskolan var 90% av patienterna ovetande om samsjuklighet vid psoriasis.
- Patienterna sökte vård med samma frekvens före och efter utbildningen, men mönstret blev annorlunda: Före utbildningen sökte endast 10% på vårdcentral för regelbundna allmänna hälsokontroller, efter utbildningen ökade andelen till 60%.
- Vid utbildningstillfällena 2012–2014 stod endast 20% av patienterna på systembehandling mot psoriasis och ingen patient hade biologiskt läkemedel. Vid återträffen 2017 stod 40% av patienterna på systembehandling och 10% hade biologisk behandling.
- Före psoriasissskolorna upplevde 80% av patienterna att de inte hade någon påverkan av behandlingsval. Alternativt uttryckt: endast 20% av patienterna upplevde att de varit med och påverkat behandlingsval. Nu, några år efter genomgången psoriasissskola, var det 60% som ansåg att de hade en aktiv roll i processen att välja behandling, en trefaldig ökning.
- Efter utbildningen uppgav 25% av patienterna att de har börjat äta hälsosammare kost.
- Det noterades även en 10% ökning av regelbunden fysisk aktivitet i gruppen.
- Vid första utbildningstillfället uppgav 20% av deltagarna rökning, vid återträffen var bara 6% aktiva rökare, en glädjande minskning.
- 65% av patienterna tyckte att deras liv trots sjukdomen blivit lättare att hantera efter utbildningen.
- 95% av patienterna tyckte att alla som kommer i kontakt med psoriasisvården borde få möjlighet att genomgå patientutbildning.

Det går inte att dra säkra slutsatser från dessa data. Osäkerheter ligger bland annat i att de som frivilligt söker sig till psoriasissskolan sannolikt redan är mer intresserade av sin hälsa än den (långt större grupp) som inte sökte till psoriasissskolan. Och ur den grupp om 90 individer som gick skolan 2012, 2013 och 2014 var det en subgrupp om 30 individer som valde att komma på återträffen. Dessa 30 kan ha varit mer intresserade och framgångsrika i sin behandling och livsstilsförändring än de 60 som valde att avstå från mötet. Samtidigt

kan ingen ta ifrån våra patienter de glädjande förändringar som noterats ovan och som kan ge oss vägledning för planering av framtida utbildningstillfällen.

Utvärdering

Återträffen pekar på positiva effekter – även om den ej utgör strikta bevis:

- 2/3 av patienterna som var rökare slutade efter utbildningen.
- Patienterna blev varse samsjuklighet och mer än hälften går nu på eget initiativ på hälsokontroller på vårdcentral för att hålla koll på hälsan i stort, vilket de inte gjort förut. Det har skett omfattande förändringar i vår patientgrupp vad gäller livstil och hälsomedvetande.
- Andel av patienter som fick systembehandling fördubblades efter psoriasisskolorna. Detta kan dels bero på ändrade behandlingsrutiner i Värmland och dels på att andelen patienter som aktivt tog del i processen att välja sin behandling ökade från 20% till 60%. Den som är utbildad och vet vad som finns att välja på påverkar också sin behandling mer.
- De flesta patienter upplevde det lättare att hantera sin sjukdom efter utbildningen. Utan att veta säkert funderar vi på om "coping"-mekanismer spelat roll här:
 - att patienter får träffa andra med samma problematik
 - att få dela erfarenheter, svårigheter, glädjeämnen,
 - att under trevliga former få diskutera i grupp och på raster individuellt kring sjukdomen och dess konsekvenser,



Balázs Hodosi, överläkare, Sara Rosengren, sjuksköterska och Robert Holik, överläkare – alla på Hudkliniken Centralsjukhuset i Karlstad – som medverkat i och utvärderat Psoriasisskolan i Värmland.

– samt inte minst att få hälsovetarens råd kring stress, sömn, motion och kost.

Allt detta kan ha gjort det lättare att leva med psoriasis och att acceptera sjukdomen.

Psoriasisskolan – här för att stanna

Som vi tolkar resultatet av återträffen, gör psoriasisskolorna nytta. Vi fortsätter väva in utbildning i dagliga individuella patientmöten på kliniken, samt även framöver erbjuda psoriasisskola i större grupper.

Vi tackar för all hjälp och stöd som vi har fått från SSDV, AbbVie och Psoriasisförbundet Värmland.

Balázs Hodosi

Överläkare
Hudkliniken,
Centralsjukhuset i Karlstad



34th Nordic Congress of Dermatology & Venereology

May 8–10 2019

www.nordicderm2019.com

Important dates

2018 September Call for abstracts September Registration opens December 20 Deadline abstract submission	2019 February 6 Deadline abstract notification (oral/poster) February 13 Deadline early bird registration May 8–10 Congress dates
--	--



NORDIC
DERMATOLOGY
ASSOCIATION











Annons

Huvudlöss och dykning

Jag befinner mig på 12 meters djup i Röda havet. Jag är viktlös, avslappnad och njuter av dyket. Det är 31 grader varmt i vattnet och dyket är tyvärr snart slut. Vi har varit under ytan i 68 minuter nu, och rör oss långsamt uppåt. Det är en fantastisk känsla att kunna vistas i en annan värld på det här sättet! Då dyker tanken upp i mitt huvud. Tanken som så många andra dykare har tänkt i samma situation: om jag skulle ha huvudlöss, skulle de då ha drunknat nu? Den frågan dyker upp i flera forum på nätet men inget riktigt svar tycks finnas. Väl hemma i Sverige igen beslutade jag mig för att söka efter svaret. Det var ganska tunnsått med studier kring detta men det fanns en studie som i kontrollerad miljö jämfört att dränka löss med att kväva dem. Allt under ordnade former, med kontrollgrupper och etiskt tillstånd.

Do drowning and anoxia kill head lice? Den frågan ställer sig författarna Candy K, Brun S, Nicolas P, Durand R, Charrel RN, Izri A i *Parasite* 2018;25:8. För försöket samlades löss in från människovärdar genom luskamning. Bara de löss som var friska, oskadade och aktiva fick delta i studien. Skadade eller inaktiva



Arabian Angelfish



Bluespotted ray

löss valdes bort. Cirka 1800 löss lottades till att antingen kvävas, dränkas eller vara kontroller. Alla kvävningsförsöken utfördes under samma förutsättningar vad gäller föda, vatten- och lufttemperatur (25 ± 2 grader °C) och luftfuktighet.

För att utvärdera effekten av anoxi, utsattes grupper av löss för anoxi genom att inneslutas i lufttäta förpackningar under olika långa tider. Överlevnad efter nedsänkning i vatten utvärderades tidsmässigt på samma sätt. För båda försöken fanns kontrollgrupper som inte utsattes för dränkning eller kvävning.

Det visade sig att löss är mycket duktiga på att hålla andan. I anoxisk miljö överlevde 100% i 8 timmar och 12,2% överlevde i 14 timmar. I kontrollgruppen levde nästan hälften (48,9%) av lössen efter 14 timmar. Efter 16 timmars anoxi hade dock 100% av lössen dött. När det gäller nedsänkning i vatten var lössen fridykare av extrema mått. Efter 6 timmars dykning levde 100% och efter 24 timmar var fortfarande hälften (50,9%) av lössen vid liv. Man kunde konstatera att vatten inte penetrerade lössens respiratoriska system. När forskarna istället provade med dimetikon/cyclometikon och etanol, penetrerade vätskorna andningssystemen och dödade lössen på 30 minuter.

Så det är alltså meningslöst att försöka dränka sina löss i badkaret. Men besvarar den här studien min fråga? De här försöken var gjorda i kranvatten, i en temperatur som var flera grader kallare än det varma och salta vattnet i Röda havet, så frågan är ändå inte riktigt besvarad. Om jag hade haft löss, hade de då drunknat i Röda havet? Jag vet inte, men jag tror att de hade överlevt.



Vy med koraller och fiskstim



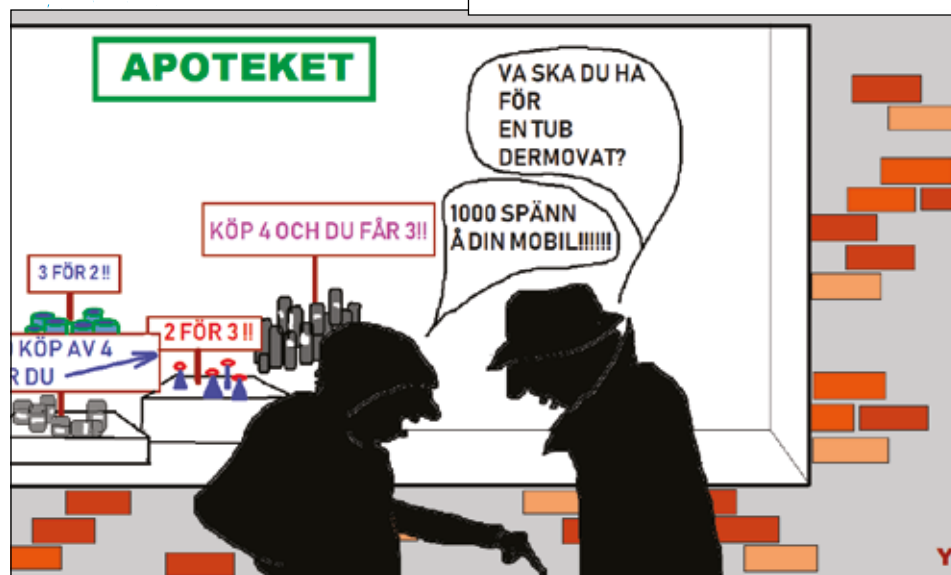
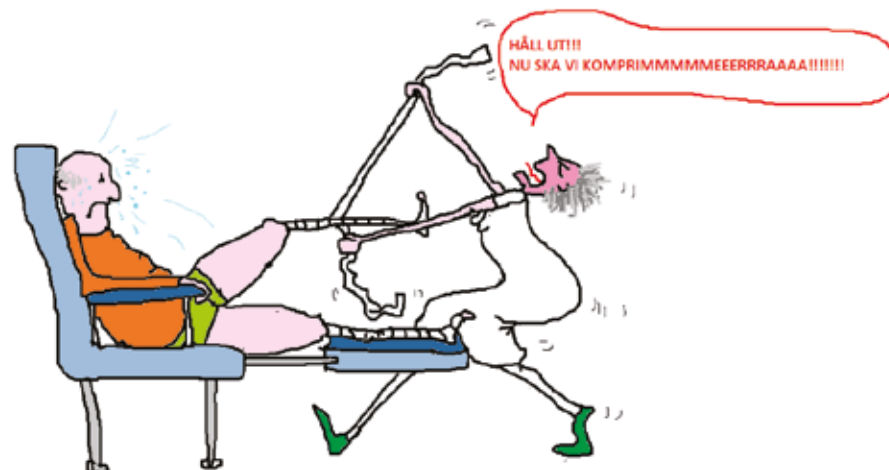
Giant moray



Ingela Präst

ST-läkare och randande vid Hudkliniken
Universitetssjukhuset Örebro

Hudteckningar



Ylva Lundquist
ST-läkare,
Hudmottagningen, Ängelholms sjukhus

Annons

Annons

Musée des moulages

– ett dermatologiskt vaxmuseum i Paris

Kollegor, jag vill ge er ett restips inför när det är lättare att resa igen. Lite av en oupptäckt juvel bland Paris alla museer, som jag besökte en tid innan den aktuella pandemin. Ett måste för den som är intresserad av dermatologi och medicinhistoria.

Det finns många skäl att resa till Paris. Denna kärlekens och konstens, flanörernas och den storslagna arkitekturens stad. Ett mecka för gastronomi och mode. Världslag inom flera sporter. Något en tilltagande mängd turister insett. Med över 20 miljoner internationella turister årligen är staden den näst mest besökta efter Bangkok. Det har samtidigt gjort den tilltagande mattsam att vistas i, gjort det allt svårare att undkomma massorna, att få upptäcka något unikt bortom allfartsvägen. Bara Louvren har 10 miljoner årliga besökare; att få se Mona Lisa kräver ett oändligt tålamod och köande. Jag gav upp och besökte istället Musée d'Orsay, inrymt i en gammal järnvägsstation med tillhörande jätteklocka i den tidigare väntsalen. Ett fantastiskt konstmuseum, med något överkomligare köer. Att ta sig ner i katakomberna var inte att tänka på, om man inte hade köpt biljett månader i förväg.



Utmattad av allt folk och köande bestämde jag mig för att ta en stillsam båttur på Seine, småslumra på däck i den ljumma eftermiddagsbrisen. Vi passerade ruinerna efter den då nyligen nedbrunna katedralen Notre-Dame. En sorglig syn, och en uppsjö av tillsynes perplexa duvor som nog hade haft skrymslen i den väldiga byggnaden som boning. Båten vek plötsligt av och färdades på en mindre kanal och under fascinerande långa tunnlar i tionde arrondissementet. Stadsbilden var lägre, lugnare och lummigare. Det kändes lättare att andas. Till och med några amerikanska turisternas högljudda utläggningar om en "fabulous food tour" kändes hanterbara; jag skulle själv gå en sådan.

Min resa till Paris var egentligen utan dermatologiska anslag eller ambitioner, kanske snarast för att ta en paus från de samma. Jag hade inte förkovrat mig kring stadens plats på den dermatologiska kartan, utöver att jag fått berättat

för mig att specialiteten är populär, särskilt om man har förmånen att få arbeta i Paris eller på Rivieran. Jag kunde dock även utan dermatologi i sinnet inte låta bli att haka till när guiden sa "på höger sida passerar vi Hôpital Saint-Louis och dess kända vaxmuseum över hudsjukdomar". Det lät för spännande för att missa! Jag lyckades på telefonen snabbt lokalisera den enkla hemsidan till "Le musée des moulages" (översatt "museet för avgjutningar"). Där angavs att man behövde maila och boka tid innan besöket, men jag bestämde mig för att ta mig dit på vinst och förlust då det var i slutet av resan. Efter att ha hoppat av båten i den väldiga parken La Villette och via ett besök på den ikoniska kyrkogården Père-Lachaise (jag ville inte missa Oscar Wildes grav), lyckades jag ta mig till det lätt förvirrande gamla sjukhusområdet.

I ett Frankrike återkommande härjat av digerdöden (olika varianter av pesten) lät Henri IV 1607 uppföra sjukhuset Saint-Louis för att ta hand om och hålla parisare i karantän utanför stadsmuren. När våra egna umbäranden med covid känns utdragna och ovissa kan det vara värt att minnas att Paris under i genomsnitt ett år av tre plågades av digerdöden under nästan 200 år. Dödstalen var förfärande och uppskattningsvis dog en tredjedel av Europas befolkning i pesten. På 1800-talet avlöste sedan epidemier av smittkoppor, tyfus och koleravandrande. Vid entrén till sjukhuset välkomnas man av statyn av Saint Louis (Louis IX), där man enligt sägen får en önskan uppfylld om man samtidigt vidrör hans utslitna knä. Jag lyckades efter lite letande lokalisera den sidobyggad där museet ligger, och där man vänligt och ofrånställt flexibelt lät mig komma in, trots att jag inte hade bokat tid. Kanske hjälpte det till att jag sa att jag själv är hudläkare och att jag rest från Sverige för besöket (det var ju sant). Sedan visade det sig att jag under inga omständigheter kunde köpa entrébiljett på själva museet utan fick leta mig tillbaka till sjukhusets huvudentré och ett litet, svårlokalisat bås där man sålde dessa. Det kändes mera stereotypiskt franskt och ologiskt. Via museets anspråkslösa entré nådde jag en desto imponerande trappa där framträdande dermatologer hängde porträtt, innan den sal som utgör själva museet, med långa rader av trämontrar i två plan.

Under det tidiga 1800-talet, tack vare Dr. Jean-Louis Aliberts banbrytande observationer av huden och dess åkommor, växte dermatologin fram som självständig disciplin vid sjukhuset. Unikt för tiden, då man annars ofta placerade hudsjukdomar som en del av internmedicinen. Museet reflekterar historiken kring detta och hur dermatologi kom att undervisas egentligen hela vägen fram till 1960-talet. Dr. Alphonse Devergie föreslog att man skulle skapa



ett museum för att underlätta för kandidater att studera området, primärt via målningar. Dr. Charles Lailler, chef vid hudkliniken, fick idén om att levandegöra hudsjukdomar i 3D genom vaxavgjutningar. Detta kom att bli verklighet då han 1863 mötte Jules Baretta, som arbetade med att göra naturtroga papier-mâchemodeller av frukt. Lailler imponerades av hans arbete och uppmuntrade honom att lämna hantverket för att istället avbilda hudsjukdomar. Baretta använde sig av vaxavgjutningar direkt från patienter och det sägs att han medan vaxet stel-

nade brukade spela ett kort stycke på sitt piano. Totalt ligger han bakom drygt 2000 av avgjutningarna! Från slutet av 1800-talet växte samlingen snabbt i omfattning, och man bestämde sig för att rymma den i en helt egen byggnad som officiellt invigdes 1889 i samband med den första internationella dermatologikongressen. Samlingens bredd och kvaliteten på avgjutningarna väckte stor uppskattning, och det skapades med inspiration från denna ett antal liknande, mindre museer på olika håll i världen, ibland med Baretts hjälp. Den allmän-



na samlingen innehåller 3660 avgjutningar, framställda i bokstavsordning, kompletterad av Alfred Fournier-samlingen (namngiven efter pionjären inom syfilisbehandling, på 1800-talet omnämnd som "århundradets sjukdom"), som består av 446 vaxmodeller. Det finns även en stor samling om drygt 600 modeller som avbildar kirurgiska åkommor och tumörer samt 88 ibland groteska modeller av missbildningar hos foster och barn. Med dess över 4800 vaxmodeller är samlingen världens största. Den sista avgjutningen gjordes 1958. Även om undervisningssyftet för samlingen avtog efter 1960-talet, så har dess medicinhistoriska, dermatologiska och konstnärliga värde fortsatt att uppmärksammas, och 1992 upptogs den i Frankrikes lista över "historiska monument".

Som många före mig var jag djupt imponerad och hänförd av de realistiska vaxmodellerna. Det var rörande att se det omfattande arbete man lagt ned och känslan var att jag hade kunnat avverka tio yrkesliv bland hudsjukdomar, minst, utan att ha fått se allt det som visades i montrarna. Visst fanns det en hel del av våra vanliga sjukdomar som eksem, psoriasis, tinea, bensår och olika hudtumörer, men även sådant vi lyckligtvis sällan ser som tertiär syfilis, svår kutan tuberkulos och lepra. Ödmjukt nog fanns det även en sektion för "affections indéterminées", alltså tillstånd utan känd diagnos (det tycks vara dermatologens återkommande lott, oavsett tidsperiod). Det är idag svårt att föreställa sig vilket lidande patienterna gick igenom när både diagnostik och behandlingsmöjligheter var begränsade. En del var nästan svårt att uthärda, och det är lätt att förstå att



museet har en åldersgräns på 14. Läser man recensioner på nätet finns det lekmän som tycker att utställningen är chockerande och svår att se. Vi dermatologer har väl blivit något luttrade i det avseendet. Jag hoppas att ni håller er friska och får tillfälle att besöka museet framöver.

Hemsida:
<http://hopital-saintlouis.aphp.fr/le-musee-des-moulages-de-lhopital-de-saint-louis/>

Mail för att boka besök:
musee.moulages@sls.aphp.fr



Christian Runehammar
Specialistläkare, Hudmottagningen,
Helsingborgs lasarett

Reflektioner och nya perspektiv i coronakrisens spår

– en blivande dermatovenereologs erfarenheter från covidavdelning

Allt var planerat och förberett. Skidorna var omsorgsfullt utvalda och helt oanvända, snart skulle de få göra sin premiär. Resan till norra Italien låg framför oss. Men så kom det sig att även en ST-läkare i dermatologi blev inkastad i hetluften på covidavdelningen. Jag som känt mig så tillfreds med att ha valt en specialitet som mestadels involverar mottagningsverksamhet, med tid för efterföljande reflektion kring svåra fall och vid behov diskussion i kollegiet. Ytterst sällan ses löpning i korridoren med andan i halsen. Skulle det mot förmodan larma på något rum är det sannolikt en patient som lutat sig mot larmknappen i samband med påklädning. Det är ovanligt att det föreligger en betydande risk för någon patients liv, även om detta förstås blir verklighet i enstaka fall. Jag har därför känt mig mycket tillfreds med mitt val och konstaterat att jag sällan eller aldrig kommer att konfronteras med akutsjukvård igen. Då plötsligt kom dagen då vi fick besked kring omplacering till vårdavdelningen för patienter med covid-19. Bortsett från en entusiastisk kollega som utbrast: "åh det ska bli riktigt roligt att läsa internmedicin igen!" (ögonen lyste av förväntan) så var det i övrigt samman-



bitna kollegor kring bordet. Jag själv kände en viss ambivalens men trots detta anmälde jag mig som frivillig. Detta innebar en dag med snabb introduktion på KTC (kliniskt träningscentrum) med bland annat föreläsningar kring höglödesbehandling, akutvagnen och dess innehåll samt NEWS (National Early War-

ning Score). I ett av KTC-rummen föreläste en kollega om trakeostomi. Lugnt förklarades att "detta är inte så svårt, det är bara att dra ut kanylen vid akut stopp och sedan upprätthålla trakeostomat med ett långt nässpekulum". 15 minuters snabbkurs i trakeostomi skulle säkert göra att jag kände mig trygg om en sådan situation skulle inträffa på avdelningen, tänkte jag med skräckblandad förtjusning.

Sedan kom dagen då ST-läkaren inom dermatovenereologi skulle ikläda sig rollen som "covidläkare". Många personalkategorier med olika inriktningar hade samlats för att gemensamt vårda och behandla dessa patienter med denna märkliga infektionssjukdom. Patienternas symptombild varierade men utgjordes till största del av luftvägsassocierade symptom med inslag av akuta buksymptom som kunde sluta med kirurgisk åtgärd av en appendicit. Karakteristiska labprover var bland annat låga nivåer av lymfocyter och förhöjd D-dimer. Ständigt riktades uppmärksamheten mot att inte missa den där obehagliga lungembolin. Ibland noterades till synes opåverkade patienter som ändå hade ett stort behov av höglödesbehandling för att upprätthålla en normal saturationsnivå. Sjukdomen visade en viss nyckfullhet då den





kliniska bilden snabbt kunde förändras och, vid en akut försämring, kunde patienten bli föremål för bedömning av anestesiläkare. Skillnaden mellan "ground-glass-förändringar" och "konsolidering" på DT-thorax var av värde för att kunna förutse en eventuell försämring hos den enskilde patienten.

Jag har känt mig väldigt ödmjuk inför omhändertagandet av coronapatienter. Dels på grund av att jag av förklarliga skäl filtrerat bort delar av min tidigare kunskap från AT vad gäller internmedicin, dels för att det kan vara rätt så knivigt att ta på och av en skyddsutrustning utan att bli kontaminerad. Att stå på ett rum med visir, munskydd, plastförkläde och plasthandskar samt en tolk via telefon var en utmaning. Detta blir inte lättare av ett munskydd som sitter stramt kring munnen, vilket gör att läkaren behöver prata med en betydligt högre stämma för att rösten på något sätt ska tränga ut. Ett munskydd tenderar även att vid varje andetag skapa en imma på nedre delen av glasögonen så att patienten stundtals försvinner ur sikte. Efter en tids samtal börjar munskyddet och visiret göra så att andetaget blir mer och mer ansträngt, vilket så småningom resulterar i hyperventilation. Mitt i det ansträngda andetaget ska du till patienten förmedla svar på blodprover, ge information om covid-19 och förhållningsregler kring smittspridning. All denna information grundar sig dessutom på

en ytterst kortvarig kännedom om sjukdomen (både personligen och samhällsmässigt) samt på riktlinjer som ständigt förändras.

Så småningom har de ineliggande patienterna minskat i antal. Det märktes extra tydligt då jag arbetade helg på en njuravdelning med covidpatienter och överläkaren frågade vad jag gjorde där. "Jag står på schemat", blev mitt svar. Med en känsla av att jag inte kunnat bidra med så mycket kunskap har jag ändå försökt att hantera de situationer som uppstått, med gott stöd av internmedicinsk specialist. Ingen var lyckligare än jag när det dök upp hudmässiga problemställningar, som en intertriginös dermatit, för vilken jag omgående ordinerade borsyreomslag och smörjning med ett kombinationspreparat innehållande ekonazol och en medelstark lokalsteroid. Sköterskan tittade frågande på mig från sängkanten och svarade: "vilken kräm sa du... vadå??" Möjligen var den intertriginösa dermatiten inte patientens största besvär just då. Det var inte heller det ytliga basaliomet som jag upptäckte hos en 90-årig ineliggande patient med höglödesbehandling. Dessa exempel bekräftar nog ändå att jag personligen inte ska byta specialistinriktning.

Efter denna vår känner jag mig ändå tacksam över att ha fått möjligheten att vara delaktig i vården av coronapatienter. Det jag framför allt kommer att bära med mig är den positiva

anda som funnits i personalgruppen, där kollegor från olika kliniker med olika förutsättningar kunnat samarbeta på ett väldigt bra sätt. Jag tror själv att en ödmjukhet inför att ingen av oss var specialister på sjukdomen covid-19 bidrog till det goda arbetsklimatet. Trots detta är jag mycket tacksam över att nu vara tillbaka på min hemklinik och åter få ikläda mig rollen som ST-läkare i dermatovenereologi.

Hur blev det då med resan till Italien? Jo, den bokades givetvis av enligt rekommendationerna från UD och jag ser med tillförsikt fram emot kommande vintersäsong!



Frida Elfsten

ST-läkare vid Hudkliniken,
Universitetssjukhuset Örebro

ä r r a d

Jag vet inte hur länge jag har legat under duken med ett hål för kinden, i det skarpa ljusskenet. En stund var det som att jag var någon annanstans, samtidigt som jag var plågsamt medveten om bedövningsnålarna, att det drogs i huden, skars bort, lukten av bränd hud. Eller är det blodet som luktar? Tankarna går kors och tvärs och styrs av impulser. Ljudet när man bränner för att stoppa blödningar. Smärtan då man skär eller sätter stygn där bedövningen inte riktigt har tagit, och fascinationen över det ögonblickliga gensvaret hos kirurgen som på bråkdelen av en sekund genast slutar. Och så stinget när ytterligare en bedövningsspruta sätts in. De lugna rösterna som jag hör, men inte tänker på vad man pratar om förrän de direkt tilltalar mig. Värken i nacken av att ligga med ansiktet åt sidan. Hur länge kan man ligga i samma ansträngande position utan att få röra sig? Jag är hela tiden medveten ända ut i varje cell och ändå är jag bitvis inte riktigt där. Radion går lite lågt i bakgrunden med musik som jag själv inte skulle ha valt. Min hand är under hela tiden i en sköterskas. Allt är så professionellt, lugnt och tryggt. Jag

känner total tillit och ändå är jag med om en av mitt livs mest traumatiska upplevelser, och oron över hur jag kommer se ut efteråt har jag redan burit med mig i över ett halvår.

Det är vid det här laget minst 10 år sedan jag första gången frågade om den vita fläcken på min kind. Flera gånger har jag av olika läkare fått svaret att det är pigmentbortfall. Men det kom fler vita fläckar som överlappade den första och till slut blev det rött i mitten och det gick ut som röda tunna trådar därifrån. Den lugna, omtänksamma hudläkaren som jag kommer till kan inte se om något, och i så fall vad som finns på kinden. Efter en dryg månads väntan på svaret på biopsin får jag veta att det är ett aggressivare basaliom jag har. Jag är så tacksam för att det är en ofarlig cancerform, men också för att min hudläkare i juni direkt remitterar mig till en Mohsoperation på Sahlgrenska. Sedan vi sågs sist har det redan tillkommit en ny vit fläck. Hur mycket mer kommer det att växa innan jag får komma till för operation?

Jag får ett väldigt fokus på att ta hand om mig. Eftersom jag har astma och mögelallergi

efter arbete i ett hus med svartmögel och nu också cancer så vill jag inte belasta min kropp mer. Jag greppar varje halmstrå och äter antiinflammatorisk kost, går på bioresonansterapi, spa, massage och healing. Jag vet inte om något verkligen hjälper, kanske är det viktigaste att jag tar hand om mig själv. Varje dag är jag ute på minst en långpromenad och jag söker mig då till skogen och låter tankarna sväva fritt i tystnaden. Jag mår trots allt bra under sommaren.

När jag börjar jobba igen är det som att dra undan mattan för mig. Allt blir rörigt, jag blir stressad och ledsen. Jag tycker att det är olidligt att vänta på något som jag inte vet när det kommer inträffa. Jag, som i vanliga fall tycker om att ha många bollar i luften, har svårt att fokusera och vill bara få möjlighet att fortsätta på känslan jag haft under sommaren. Jag sjukskriver mig och en vän säger att det inte kommer att räcka med en vecka. Hon har helt rätt, jag känner inte igen mig själv och blir sjukskriven för akut stressreaktion och utmattningssyndrom.

Min svärmor som är psykolog säger att det är

Får endast visas i tryckta versionen

Får endast visas i tryckta versionen

Stygn

© Åsa Lindsjö/Bildupphovsrätt 2021

helt naturligt att jag har den oro jag har och att det är svårt och traumatiskt med ingrepp, särskilt i ansiktet. Det är skönt att höra att mina känslor är relevanta. Det blir viktigt för mig att sätta ord på min oro och när jag träffar andra upptäcker jag, att när jag är öppen med vad jag går igenom, så får jag ta del av många livsöden och det är vackert att upptäcka att trösten finns där jag kanske inte hade väntat mig det. Det blir en märklig höst i väntans tid. Jag är fast i ett ingenting och mina långpromenader börjar nu bli bitande kalla. Jag känner mig både skör och stark och väldigt redo för min operation som nu närmar sig.

Tidigt på morgonen den 29/10 är det dags och jag har tur som får ett eget rum där jag och min man kan vara hela dagen. Jag känner mig lugn och fokuserad. Den första operationen, där man tar bort det synliga, går ganska fort. Efter tre timmar kommer sköterskan och berättar att analysen är klar och att jag är på helt rätt plats, för allt är inte borta. Det är cancer kvar på två ställen och jag får komma in på operation igen. Nu vet jag hur ont sprutorna gör och ljudet av maskinen som bränner så att jag inte ska blöda låter än mer obehagligt, men processen är ganska kort och jag får snart återvända till rummet där min älskade finns för mig. Vi har trots oron en lugn och fin dag tillsammans. Efter en väldigt lång väntan får jag beskedet att nu är allt borta och kirurgen kommer och förklarar hur hon tänker få ihop mig igen. Huden ska skäras upp över hela kinden ända ner bakom örat och hud dras nerifrån och

bakifrån och sluta ihop såret. Jag är tacksam för att jag slipper hudtransplantation, men det är tur att jag inte vet vad jag har framför mig.

Kirurgen säger att det är en ovanligt tuff operation. Eftersom jag i sammanhanget är så pass ung så har jag inte lös hud att ta av utan det blir en påfrestning att få ihop såret med så liten inverkan som möjligt. Drygt två och en halv timme och nästan 50 stygn senare är jag klar. När jag blir fotograferad för dokumentation så vill jag också ha bilden. Jag vill även ha

Får endast visas i tryckta versionen

Ärad

© Åsa Lindsjö/Bildupphovsrätt 2021

bilden på såret från innan de sydde ihop mig. Efter fotograferingen så får jag se mig själv i spegeln. Då brister det totalt. Jag tycker att det ser så otroligt brutalt ut och jag undrar om jag någonsin kommer våga visa mig igen. Jag hade inte i min vildaste fantasi kunnat föreställa mig hur svår och otroligt påfrestande den här dagen skulle bli.

Jag har under väntan varit så frustrerad över att de bara gör Mohsoperationer någon dag i veckan. Efteråt har jag full förståelse och jag är full av beundran över teamet som har jobbat med fyra Mohspatienter under hela dagen. När jag åker hem efter 14 timmar så har de fortfarande en operation kvar. Det var värt varenda minut av väntan för att få komma dit och jag känner mig så ödmjukt tacksam. Mitt 18 cm långa sår läker fint och jag sköter om det enligt konstens alla regler. Till slut känner jag att det som syns för andra inte motsvarar den traumatiska upplevelse jag har varit med om. Men när folk säger att det inte syns, så känner jag mig nästan förnärad. Det är klart att äret syns, men det är otroligt hur fint det har läkt.

Jag är sjukskriven på halvtid efter jul och går en fördjupningskurs i måleri för konstnärer, för att hitta tillbaka till mig själv. Mitt konstnärliga projekt handlar om att närma mig ett abstrakt måleri samtidigt som jag bearbetar operationen genom min konst. Jag bygger projektet kring fyra stora självporträtt som jag målar på abstrakta grunder i olika färger som ska förstärka känslan jag vill förmedla. Jag målar dem i flödiga akryl på stora målardukar som jag häftar upp direkt på väggen i min ateljé. Porträtten berättar min resa från beskedet, via operation och att sys ihop, till att bli hel igen. Vid sidan av dem fastnar jag i detaljer som det fyra cm stora såret, äret på 18 cm med nästan 50 stygn, formen på såret, formen på mitt ärr, hur jag ser äret och hur andra ser det, olika hudtoner. Att skära i, sy, bearbeta, jobba med tjock färg, måleri och skulptur. Jag känner mig friare i mina skulpturer och det är där jag kan börja leka med ärrformen och göra den till min. I början av juni får jag ha en pop up-utställning i Nässjö Konsthall och mötet med andra blir väldigt fint och givande. Vi bär alla på olika typer av ärr. En del mer synliga än andra. Konsten öppnar upp för otroligt många fina samtal och jag känner mig ödmjuk inför livet och dess prövningar.

Åsa Lindsjö född 1971

Konstnär, bildlärare i övrigt autodidakt

Upplevelser av hudcancer och en Mohsoperation ur ett patientperspektiv

asa@asalindsjo.nu

Annons

Vulvamottagning ur ett dermatovenereologiskt perspektiv, en utmaning och en viktig uppgift

I Umeå har vi sedan väldigt många år en vulvamottagning, den första i Sverige, och där vi fortfarande träffar patienter varje vecka.

Vulvamottagningen är en uttalat tvärprofessionell verksamhet, där vi själva sedan många år kommit fram till den form som vi tycker fungerar optimalt. De specialister som ingår i vulvateamet har alla olika kunskaper, som tillsammans ger den helhet som behövs för att utreda, diagnostisera och behandla dessa patienter. Uppbyggnaden av Vulvamottagningen på HudSTD-kliniken började genom att samma dermatovenereolog och gynekolog under flera år tillsammans såg alla patienter. Det fanns ingen tidigare samlad erfarenhet att bygga på utan vi fick själva forma verksamheten, vidareutveckla den och genom kontinuerlig dokumentation, forskning och utvecklingsarbete bygga upp en kunskaps- och

erfarenhetsbank. Vulvamottagning är ingen verksamhet man kan sköta på egen hand, utan kräver ett väl hopsvetsat team med goda kunskaper och insikt om varandras kunskaper. Vulvamottagningen bygger på ett tvärprofessionellt samarbete mellan i första hand dermatovenereolog, specialisttandläkare, dermatopatolog, kurator och specialutbildad sjuksköterska. Vi har även andra specialister knutna till oss som gynekolog, öronläkare, medicinläkare och även ett laboratorium. Förutom den medicinska behandlingen erbjuds kvinnor, med t.ex. erosiv lichen planus och vulvodyn, individuella- och parsamtal hos mottagningens kurator och ibland psykolog.

Vulvamottagningar är således ett gränsområde där många olika aktörer behövs. Det är viktigt att just dermatovenereologer initierar vulvamottagningar eftersom den största delen av patienterna (cirka 60%) har

en dermatologisk diagnos och dessa är vi ju vana vid att diagnostisera. Många patienter tillhör också åldersgruppen där förekomsten av sexuellt överförda infektioner (STI) är som högst och STI-tester är ju en vanlig del av våra utredningar. Många av de dermatoser som handläggs på den "vanliga hudmottagningen" ger också förändringar i vulva (eller genitalt hos män), men kan ge en annan bild på denna lokal.

Vid vår vulvamottagning är de vanligaste diagnoserna dermatoser som lichen sclerosus, (erosiv) lichen planus, eksem och psoriasis, infektioner som långvariga, recidiverande candidainfektioner och olika smärttillstånd, s.k. vulvadyssestestillstånd. Vi har också en liten, men växande grupp av patienter som gått igenom benmärgstransplantation och i efterförloppet drabbats av graft-versus-host-sjukdom (GVHD). På senare år har andelen patienter med dysplas-



ier i vulva också ökat. Sedan har vi förstås patienter med andra, svåra diagnoser, men där antalet patienter per diagnos är litet och en liten andel patienter där det inte är möjligt att ställa en diagnos, precis som på vilken mottagning som helst. Förekomsten av genitala sjukdomar är högre hos kvinnor och symptomen är vanligen mer uttalade hos kvinnor, vilket ytterligare gör att behovet av vulvamottagningar är stort.

En del sjukdomar har också en malign potential vilket gör det viktigt att uppmärksamma dem. Lichen sclerosus som ger vita intensivt kliande förändringar i underlivet och hos kvinnor även perianalt (märkligt nog mycket sällan hos män) är en dermatos där patienterna söker till hud-, kvinnoklinik eller i öppenvården, men när behandlingen krånglar ska dermatovenereologer vara redo att ta hand om patienten. Gränsen mellan lichen sclerosus och lichen planus är flytande, det finns övergångsformer, och även dessa patienter besvärar av klåda. Den svåraste diagnosen, en av de svåraste vi som dermatovenereologer möter, är slemhinnevarianten av lichen planus, erosiv lichen planus. Det är en sjukdom där patienten har symptom från slemhinnorna framför allt i mun och underliv, och ibland även från esofagus, öron och anus. Slemhinnan lossnar och lämnar en rå yta som är mycket smärtsam. Erosiv lichen planus är en kronisk sjukdom som inte läker ut även om symptomen kan variera, men när förändringarna läker (tillfälligt) så får man ärrskumpning med andra svåra symptom, med sammanväxningar. Det är min bestämda uppfattning att det finns odiagnostiserade patienter med erosiv lichen planus vid ÖNH-, medicin-, och kvinnokliniker samt hos tandläkare. Vår

viktigaste uppgift är att sprida kunskap om åkomman och hitta dessa patienter. Patienter med mindre uttalade symptom av olika orsaker ska vi självklart hjälpa, men de hittar oss och vi dem.

Smärtpatienter är en annan stor grupp som handläggs av många olika aktörer och vid flera kliniker. När vi startade vulvamottagningen betraktades lokaliserad provocerad vulvodyni (f.d. vulvavestibulit) som en inflammatorisk sjukdom eftersom området i vestibulum vulvae dominerades av inflammatoriska celler. Vi såg dock att de studier som var gjorda inte hade använt några friska kontroller, varför vi då gjorde vår första studie inom området och rekryterade både patienter och friska frivilliga kvinnor. Slutatsen av studien blev att friska kvinnor har lika mycket inflammationsceller och åkomman är alltså inte en inflammation. Efter många år har pendeln svängt och tillståndet betraktas och handläggs nu som ett smärttillstånd.

Det finns många andra diagnoser och tillstånd vi möter vid vulvamottagningen och många av dem är en utmaning för den vulvaintresserade läkaren och förstås för patienten. Jag tycker att det är viktigt att vi som dermatovenereologer engagerar oss i dessa patienter, deras sjukdomar och deras symptom eftersom mer än hälften av sjukdomarna tillhör vår specialitet. Dermatovenereologer är viktiga som vulvadoktorer (vulvologer) eftersom vi är vana vid dermatoser och vana vid att inspektera hela huden, inte bara det genitoanala området. Eftersom många av sjukdomarna är kroniska, en del med en malign potential, har vi nytta av vår vana vid att ta biopsier. Frikostighet med biopsier är en viktig del av omhändertagandet. Det är ock-

så viktigt att bedriva kontinuerlig forskning och utvärdering eftersom vulvasjukdomar är ett område som kräver mycket utvecklingsarbete och där mer studier behövs. För att kunna bedriva detta arbete krävs att patienterna samlas till en mottagning, där man får tillräcklig erfarenhet. Sjukdomarna kräver också att patienterna får komma regelbundet. Vi har utvecklat, utprovat och publicerat våra behandlingsmetoder och studier av våra patienter. Vi har också betonat helhetssynen på våra patienter, vilket vi uppnår genom våra olika infallsvinklar, kunskaper och studier.

Sammanfattningsvis är arbetet med och på en vulvamottagning en viktig del av dermatovenereologers ansvarsområde, en stor och spännande utmaning och ett fantastiskt arbete.

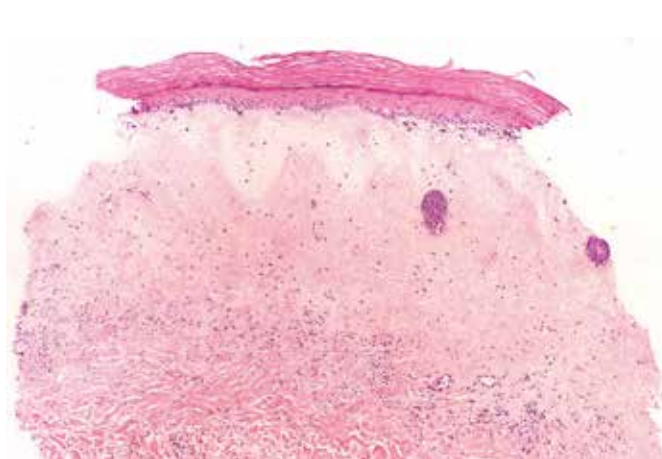


Elisabet Nylander

Professor, överläkare,
Umeå Universitet och
Hud- och STD-kliniken/
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå



Wickhams striae i munslemhinnan hos patient med lichen planus.



Histologisk bild av lichen sclerosus.

Sjuksköterskeföreläsningar på NCDV

Simulated daylight photodynamic therapy

Alexandra Sjöholm,

Sahlgrenska universitetssjukhuset, Sverige

Det finns olika metoder för fotodynamisk terapi (PDT) att använda vid behandling av aktiniska keratoser.

Den konventionella behandlingen med rött ljus är en av dessa metoder. Studier har visat att det kan vara en effektiv behandling mot aktinisk keratos men behandlingen kan vara smärtsam för patienten.

Dagsljus-PDT är en vidareutveckling som görs utomhus. Metoden är väder- och temperaturberoende samt kräver att patienten använder organisk solskyddskräm. Studier har visat att dagsljus-PDT kan vara ett alternativ vid behandling av aktiniska keratoser. Man kan förlänga säsongen genom att använda ett växthus som patienten sitter i.

Nästa vidareutveckling som gjorts är simulerad dagsljus-PDT. Det finns olika typer av lösningar på detta beskrivet i litteraturen. En metod som som togs upp i Köpenhamn är en variant där 8st 400w lampor är monterade i taket i ett rum. Systemet producerar ett ljusspektrum mellan 570 och 630nm. Ljuskällorna är placerade på ett långt avstånd från patienten som inte behöver använda solskyddskräm. Patienter kan även sitta bekvämt, lätt bakåtlutad i en fätölj under behandlingen. När man inte använder rummet till simulerad dagsljus-PDT kan det användas till andra ändamål.

Fördelarna med simulerad dagsljus-PDT är:

- Mindre smärta jämfört med konventionell PDT-behandling med lampa.
- Inget behov av skyddsglasögon.
- Ingen skadlig UV-strålning.
- Det går bra att behandla oberoende av årstid, väder och temperatur.
- Belysningen är konstant.
- Det är kontrollerat och inomhus.

På Hudkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, i Göteborg finns det sedan några år tillbaka ett rum där denna behandling utförs.

Alexandra har gjort en teknisk studie där hon har mätt belysningen av simulerad dagsljus, hur effekten från ljuskällorna är beroende av var i rummet patienten befinner sig samt vilken vinkel den behandlande kroppsdelen har i förhållande till lamporna/belysningen. De vinklar som undersöktes var 0 grader, d.v.s. horisontellt, tänk ovasidan

av huvudet, 45 grader och 90 grader, d.v.s. vertikalt, tänk utsidan på en arm som hänger rakt ner.

Det hon fann var att effekten från lamporna avtog endast marginellt mot ytterkanterna av rummet, medan den avtog markant när vinkeln på det område som skulle belysas ökade till 90 grader i förhållande till lamporna i taket. En lösning på detta är att justera positionen på den kroppsdelen som ska belysas.

Young people's perspectives on what is needed to support their active involvement in the treatment and care of a long-term skin condition

Gitte Rasmussen, Danmark

Unga människor vill vara som alla andra, oavsett om man har en hudsjukdom eller inte.

Här presenteras en enkätundersökning gjord bland unga personer (15-24 år) med en kronisk hudsjukdom så som psoriasis, atopisk dermatit och kronisk urtikaria.

Enkätundersökningen innehöll 5 frågor som skulle belysa deras erfarenhet som patient:

1. Sjukvårdspersonalen frågade mig om min egen erfarenhet av min sjukdom/mitt tillstånd?
2. Sjukvårdspersonalen bjöd in mig att fråga om och prata om mina bekymmer?
3. Jag kunde prata med sjukvårdspersonalen om de frågor och bekymmer jag hade?
4. Jag var involverad när beslut skulle tas om vad som skulle ske?
5. Jag har haft ett passande antal samtal med min sjukvårdspersonal om hur jag bäst hanterar min sjukdom?

Det fanns även utrymme för att skriva i fritext. Där skrevs följande:

Patienterna kände sig mer involverade när sjukvårdspersonalen:

- Var snäll, vänlig och öppen och mötte en ung patient med energi.
- Lyssnade och talade på en nivå och med ett språk som var anpassat till den enskilda unga patienten.
- Tog den unga patienten seriöst och var öppna för frågor.
- Förklarade undersökningar och fick den unga patienten att känna sig delaktig.
- Hjälpte dem att prata om sådant som var eller hade varit svårt, och bjöd in till dialog om ämnen som t.ex. psykiskt mående.

Patienterna kände sig mindre involverade när sjukvårdspersonalen:

- Använde en hård röst.
- Fick den unga patienten att känna sig som "en i mängden" för att samtalet inte inkluderade frågor om det dagliga livet, sjukdomsförloppet eller livskvalitet.
- Förväntade sig att den unga patienten skulle känna till hur sjukvårdssystemet fungerar, ha läst allt material och tagit ställning till hur det påverkade den vidare planeringen av vården.

Patienternas önskemål:

- Hjälp och guida oss angående hur hälso- och sjukvården fungerar.
- Fokusera på det faktum att vi kan behöva hjälp från våra familjemedlemmar för att klara av hälso- och sjukvårdssystemet, behandlingen och vuxenlivet.
- Stötta oss i vårt hopp om framtiden.
- Se oss som människor i en särskild livsfas och definiera oss inte som en person med en kronisk sjukdom.
- Stötta oss att över tid inhämta mer kunskap om sjukdomen, hur man kan leva med den, hantera symtom, hantera det dagliga livet och förstå sig själv.

Design and development of teledermatology solutions for patients with psoriasis

Bettina Trettin, Danmark

Patienter med psoriasis som medicinerar med biologisk behandling har i vissa fall uppföljning var tredje månad. Ibland har patienten svårt att komma, kanske på grund av lång resväg, de kanske också är besvärslösa.

Önskemål fanns om en annan lösning.

Med målet att undersöka, identifiera och utveckla en patientcentrerad teledermatologisk metod för hälso- och sjukvård för patienter med psoriasis som får biologiska läkemedel genomfördes en studie.

Studien består av tre faser:

1. Identifiering av behov, både hos patienter och sjukvårdspersonal (via intervjuer framkom att patienterna önskade färre besök).
2. Design och utveckling.
3. Test och utvärdering.

De tog fram en app som:

- Är utformad för att underlätta ett mer patientcentrerat arbetssätt.

- Kan användas förberedande inför konsultationer med sjukvården.
- Har inbyggd videomöjlighet.

The Danish Wound-QoL questionnaire: Translation and psychometric properties

Jane Thinggaard Knudsen, Danmark

Svårsläkta sår resulterar ofta i långa och smärtsamma läkningsprocesser som påverkar livskvaliteten på olika sätt. Det saknades ett danskt instrument som kunde användas för att mäta påverkan på livskvaliteten hos patienter med svårsläkta sår. Det finns ett tyskt formulär som därför först översattes till danska och sedan utvärderades för att se om det fungerade under danska förhållanden.

Jane berättade om några av de kvalitativa fynden som de gjorde under den psykometriska mätningen och utvärderingen (om formuläret mätte det de ville mäta), som utfördes med hjälp av intervjuer och fokusgrupper.

I fokusgruppen deltog 4 patienter, 3 läkare och 5 sjuksköterskor från sjukhusavdelningar och 8 sårsköterskor från primärvården.

De intervjuade även 18 patienter individuellt.

Några tips efter att ha intervjuat patienterna:

- Lyssna på patienten.
- Läs på innan du träffar patienten så att du är förberedd.
- Kunskap är bra, patienten märker om man är kunnig som personal.
- Patienten kan historien bakom såret och känner sin kropp, lyssna på patienten.
- Ha fokus på patientens perspektiv.

Supporting the patient beyond the skin - At the National center of autoimmune diseases

Louise Faurskov Møller, Danmark

2019 startade ett pilotprojekt med holistisk patientsyn. Det öppnades ett nationellt center för patienter med autoimmuna sjukdomar så som psoriasis, hidradenitis suppurativa, psoriasisartrit, Bechterews sjukdom, Crohns sjukdom och ulcerös kolit. På centret finns flera olika professioner runt patienten, bland annat sjuksköterska, läkare, och kurator.

De har gjort en studie som undersöker hur patienterna upplever stödet som de får. I studien ingick patienter med minst två autoimmuna diagnoser. Frågorna som de besvarade handlade om livskvalitet och utgick från WHO:s mål angående livskvalitet.

Sjuksköterskorna träffade patienterna en och en och hade patientutbildning avseende; sjukdomarna, samsjuklighet, trötthet, smärta, nutrition och diet, balans mellan arbete och fritid samt att leva med en kronisk

sjukdom. Studien visade att många patienter upplevde ökad trygghet av att ha samma läkare och en sjuksköterska som kände dem, och samordnade olika kontakter. Patienterna fick fylla i en enkät som gav poäng, ju lägre poäng desto bättre mående. Vid baseline var medelpoängen 20 och vid utvärdering efter 6 månader var den 3.

How to understand vulnerability among minority groups - focus on cultural, sexual identity and chronic illness

Dorthe Nielsen, Danmark

"Vilken omvårdnad vi ger och hur patienten svarar på omvårdnad beror till stor del på kulturella faktorer."

Sårbarhet kan ses från två olika perspektiv.

Subjektiv sårbarhet – personens egen syn på sin sårbarhet, och utmaningar relaterade till den personliga integriteten och välbefinnandet.

Objektiv sårbarhet – består av externa risker, objektiv försämring och risker för fara.

Som ett exempel upplever sig äldre personer med nedsatt funktion som sårbara då de är beroende av andra.

Hur vi ser på människor påverkar vårt bemötande. Har du koll på dina fördomar?

Hur ser du på nya okända patienter?

– En demon? – En exotisk person?

– Ett barn? – Ett offer?

Om du t.ex. ser en patient som "en demon" och efter besöket pratar om patienten på det viset så smittar det av sig på dina kollegor och du har skapat en sanning.

För att få en kulturell kompetens börja med att ha en kulturell medvetenhet, kunskap, och öppenhet.

Reflektera över ditt förhållningssätt gentemot patienten. Är patienten:

1. Sympatisk och kunnig?
2. Sympatisk och okunnig?
3. Osympatisk och kunnig?
4. Osympatisk och okunnig?

Vilken patient vill du helst träffa? Hur mycket tid ger du de olika patienterna? Många ger "patient 1 och 2" ovan mer tid jämfört "patient 3 och 4". Vi får i mötet "patient 1 och 2" positiv feedback och känner oss kompetenta. "Patient 3 och 4" kanske inte får så mycket tid då de inte ger positiv feedback och är kritiska mot vår kompetens. Om man i stället vänder på det och ger mer tid till "patient 3 och 4" så kan det öka förståelsen och patienterna bli mer som "patient 1 och 2 ovan".

"You have to understand how it is NOT to be understood to understand."

Addressing sexuality in dermatologic nursing care

Astrid Blikstad, Norge

Kliniska studier visar att personer som lever med olika hudsjukdomar löper risk för negativ påverkan på sexuallivet.

Många hudsjukdomar påverkar sexuallivet antingen direkt, genom fysisk påverkan av t.ex. smärtsamma hudlesioner men också indirekt, psykosocialt med till exempel nedsatt självförtroende och kroppsuppfattning.

Patientfall: Astrid inledde med att berätta om ett patientfall. Hon hade en patient som fyllde i DLQI-formuläret och fick relativt höga poäng, men patienten hade svarat "nej" på frågorna som berör hur mycket huden påverkat relationen med partner, familj och nära vänner samt om den hade orsakat sexuella svårigheter eller problem. Astrid gick igenom formuläret tillsammans med patienten. Hon frågade då om de två frågorna med "nej"/0 poäng. Patienten berättade att huden inte påverkade umgänget med familj och vänner för hen hade tidigt bestämt sig för att gömma alla manifestationer i huden under kläderna. Hen hade också kommit fram till att en partner och sex inte var för hen. När de hade pratat om det en stund ändrade patienten själv svaren på formuläret till att det påverkade mycket. (Hen hade hidradenitis suppurativa, HS).

Ovanstående berättelse visar tydligt på vikten av att använda DLQI och att våga prata med patienten om sex/sexualitet. Men hur ser det då ut? Är alla sjuksköterskor bekväma med att prata om sex/sexualitet med patienten? Några hinder kan vara; tidsbrist, rädsla, tabu, brist på kunskap, att inte finna det relevant och att rutiner för det saknas. Det är viktigt med kunskap och träning i att prata om sex/sexualitet.

Tips: Som sjuksköterskor vill vi gärna lösa problem men det kanske inte går. Vi kan dock ändå lyssna och uppmärksamma eventuella besvär.

Om man har 15 minuter avsatt, säg; – jag har 15 minuter och vill gärna höra mer.

DLQI är användbart vid många hudsjukdomar.

"Sexuality is a basic human need."



Sara Rosengren,

Sjuksköterska, Hudkliniken i Karlstad

Frida Lamberg

Sjuksköterska, Hudkliniken i Skövde

Mitt möte med en iktyosfamilj

Mitt första möte med en person som har iktyos sträcker sig 49 år tillbaka i tiden eftersom min första dotter har ARCI/lamelläriktyos. Genom hennes sjukdom kom jag i kontakt med andra i samma situation redan 1973 och 1988 var vi så pass många att Iktyosföreningen startades. Detta ledde mig vidare till att så småningom bli forskarstuderande i Uppsala. Jag disputerade år 2002 med ärftlig iktyos som huvudämne.

Jag har genom detta träffat så otroligt många patienter och familjer som har berört mig djupt och som jag har kvar i minnet. En av dessa familjer/barn som jag mötte för första gången för drygt 20 år sedan vill jag berätta om.

Sent på kvällen, efter att jag kommit hem från en arbetsvecka i Uppsala, blev jag kontaktad av en förtvivlad mamma. Hon berättade att hon hade fått en flicka som dermatologen sa hade "fiskfjällssjuka" (tacksam för om ni aldrig använder detta ord till patienterna). Hon hade hittat mig och mitt telefonnummer på internet. Jag lovade att ringa henne dagen efter. Ytterligare en dag senare satte jag mig i bilen och körde till familjen med sin 8 dagar gamla baby. Flickan var mörkröd i skinnet och hade en tydlig vit fjällning på vissa ställen. Instruktioner om omvårdnad saknades från sjukhusets sida och föräldrarna var oerhört förtvivlade. Mitt lugn gav ändå hopp om att flickan skulle klara sig och vi diskuterade smörjning och övrig vård.

Vi hade mycket kontakt genom åren och flickan kom även till Gendermatosmottagningen i Uppsala där blodprov togs. Diagnosen blev vid det tillfället congenital ichthyosiform erythroderma (CIE) med oklar mutation. Hon hade svårt att gå vissa perioder och var stel och hade nedsatt motorik under barndomen. Hon hade även under en period hela ansiktet fullt av plana vårtor. Familjen flyttade runt utomlands eftersom man tänkte att hon skulle bli lite bättre i både hud och motorik om hon bodde i länder där det var "lagom" varmt. Tyvärr gav det inte ett önskat resultat och familjen återvände efter några år till Sverige.

När flickan precis blivit tonåring kontaktades jag igen av samma ledsna mamma, som ville att jag åter skulle se flickan för att se om jag kunde finna någon lindring för henne. Jag såg henne på en hudklinik och

upptäckte då att på hela kroppen fanns det ljusa små konfettiliknande fläckar i den röda huden (se fig 3 c-d). Då jag precis träffat en annan patient som jag också följt från tidiga barndomen, med samma hudfenomen



Figur 2. a = Ichthyosis vulgaris, b = XLI/könsbunden iktyos, c = ARCI/TGM1 mutation, d = Epidermolytic ichthyosis, e = Sjögren-Larssons syndrom, f = Nethertons syndrom



Figur 3. a-e. Samma patient med Ichthyosis with confetti IWC/Ichthyosis variegata på samtliga foton. a = 8 dagar, b = 2 år, c + d = 13 år, e = 21 år.

misstänkte jag snabbt att detta var diagnosen Ichthyosis with confetti (IWC)/Ichthyosis variegata.

Nu var vi denna flickas diagnos på spåret. Blodprov från både patient, syskon och föräldrar inklusive medicinsk information sändes till forskare i USA. Några år senare fastställdes den genetiska orsaken. IWC orsakas av mutation på Keratin 10 på kromosom 17. Äftligheten är autosomal dominant vilket är en väsentlig skillnad mot den tidigare förmodade recessiva äftligheten. Att diagnosen och mutationen är fastställd är oerhört viktigt för flickan i vuxen ålder, då hon kanske önskar bilda familj. Hon har nu tagit igen förlorade år från barndomen och har fortfarande en mycket svår hudsjukdom men lever ett normalt liv.

Under mitt skrivande av boken Iktyos-sjukdomar har jag fått löfte att publicera

foton från olika tidsperioder under hennes uppväxt, se figur 3.



Agneta Gånemo
Sjuksköterska, med dr. och docent
i experimentell dermatologi



Bok "Iktyos-sjukdomar - Symtom, behandling och att leva med iktyos" utkom hösten 2021. Beställes av Agneta Gånemo, agneta@ganemo.se.

Lång griseofulvinbehandling vid *Microsporum canis* – orsakad tinea capitis

*Jag skriver om detta då jag under mitt första år som ST-läkare redan har behandlat två unga patienter med griseofulvin på grund av tinea capitis orsakad av *Microsporum canis* (*M. canis*). I båda fallen krävdes minst 18 veckors behandling. Ett av fallen rörde sig om en 5-årig flicka som under sommarlovet hade varit bortrest i Slovenien och spenderat tid bland herrelösa katter. Vid hemkomst debuterade hon med tinea corporis och capitis. På vårdcentralen visade svampodling från hårbotten växt av *M. canis* och remiss skickades därefter till vår hudklinik för fortsatt handläggning.*

Vid första besöket observerades ett 5 cm stort hårlöst, fjällande plack parietooccipitalt. Spritt på hudkostymen sågs mindre fjällande rodnade plack som var väl förenliga med tinea corporis. Medföljande mor hade också misstänkt tinea corporis på låret och erhöll topikal behandling med terbinafinkräm. Flickan ordinerades ketokonazol-schampo-
neringar och griseofulvin (ultramicrosize

fomulering) 125 mg x 2 där dosering 15 mg/kg/dag användes. Enligt UpToDate finns rekommendation om behandling mellan 6–12 veckor och den generella uppfattningen är att *M. canis* som huvudregel brukar svara väl på griseofulvin. Nyare studier är förenliga med detta och visar lägre utläkningsfrekvens vid en 6-veckorskur med terbinafin än en 6–12 veckors kur med griseofulvin (34,7 vs

50,9 procent, riskkvot 0,68, 95% CI 0,53–0,86).^{1,2}

Det kliniska svaret var långsamt och efter nio veckors behandling fick kuren dessutom avbrytas i två veckor på grund av en restsituation för preparatet. Förnyade odlingar visade fortsatt växt och vi lade till lokalbehandling i form av salicylsyrevaselin för att lösa upp besvärande hyperkeratoser. Efter tolv veckors behandling och fortsatt växt i odlingssvar tog jag i brist på nordiska guidelines kontakt med kollega Sam Polesie vid hudkliniken i Göteborg och Ditte Saunte i Region Sjælland som kunde bidra med deras erfarenheter. I detta läge funderade vi på möjliga orsaker till utebliven effekt.

Det är ovanligt att *M. canis* smittar mellan människor och ingen kontakt med djur förekom efter semesterresan. Vidare uppkom tanken kring återinfektion genom kammar, borstar eller huvudbonader, men sedvanliga hygienråd hade vidtagits. En ökande resistensbestämning i samhället kan tänkas komma. Vid utebliven klinisk effekt kan man överväga att skicka ett isolat för resistenstestning. Detta övervägdes flera gånger i det aktuella fallet men av logistiska skäl beställdes detta inte förrän vid den sista odlingen som senare utföll negativ. Konventionella resistensbestämningar för dermatofyter saknas i Sverige och många mikrobiologiska enheter har bristande erfarenhet vad gäller detta. Det kan i sådana fall vara av värde att kontakta klinisk mikrobiologi på Karolinska universitetssjukhuset där kontaktperson är Erja Chryssanthou. Man har dock ännu inte testat *M. canis* och metoden man använder är inte validerad för denna art. Det är svårt att tolka resistensmönster då brytpunkter för terbinafin, griseofulvin och itraconazol helt saknas för *M. canis* men trots detta kan ett försök göras enligt min senaste mailkontakt.

Man kan även resonera kring bristande absorption som anledning till utebliven effekt. I dagsläget finns griseofulvin i microsize-formulering som tablett eller suspension



samt ultramicrosize-formulering i form av tablett. Det är av vikt att skilja på de olika formuleringarna då doseringarna skiljer sig åt. Ämnet absorberas som bäst med fettrik mat och det är generellt vältolererat. Provtagning är i vanliga fall inte nödvändigt även om behandlingsduration över åtta veckor ofta föranleder detta för att utesluta hepatotoxicitet, granulocytopeni eller leukopeni.

Efter totalt 18 veckors uppföljning avslutades behandlingen av vår patient baserat på kliniskt svar. En vecka dessförinnan hade direktmikroskopin och odlingen varit positiv. Den slutgiltiga odlingen föll dock senare ut som negativ samtidigt som det fortsatt observerades komplett återställt kliniskt status. Vi följde patientens blod- och leverstatus enligt UpToDate rekommendation och fann inga avvikelser. Sammantaget var det en lång behandlingsperiod för en ung flicka med lite status där det uppkom flera tankar kring den bakomliggande orsaken till långsamt svar. Några tips är att tidigt ta reda på vilken for-

mulering patienten kan erhålla, ta kontakt med klinik som utför resistensbestämningar och följ laboratorieprover vid långa behandlingsdurationer. Dermatofytoser har generellt betraktats som lättbehandlade, men envisa infektioner i form av utbredda och långdragna fall av tinea corporis och capitis ökar i vissa delar av världen.³ Ännu finns inget nationellt program för övervakning av resistensutveckling hos svamp.



Blerand Berisha

ST-läkare

Hudkliniken, Helsingborgs lasarett

Referenser:

1. Chen X, Jiang X, Yang M, González U, Lin X, Hua X, Xue S, Zhang M, Bennett C. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 12;2016(5):CD004685. doi: 10.1002/14651858.CD004685.pub3. PMID: 27169520; PMCID: PMC8691867.
2. Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG, Piraccini BM, Shear NH, Piguat V, Tosti A, Friedlander SF. Tinea capitis in children: a systematic review of management. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 Dec;32(12):2264-2274. doi: 10.1111/jdv.15088. Epub 2018 Jul 12. PMID: 29797669.
3. Khurana A, Sardana K, Chowdhary A. Antifungal resistance in dermatophytes: Recent trends and therapeutic implications. *Fungal Genet Biol*. 2019 Nov;132:103255. doi: 10.1016/j.fgb.2019.103255. Epub 2019 Jul 19. PMID: 31330295.

Adressändring!



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

Hudpraktikan

– topikala behandlingar, licenspreparat och praktiska färdigheter

När jag var ny underläkare på hudkliniken var jag nästan jämt trött. Allt var nytt. Obskyra diagnoser flög över mitt huvud på behandlingskonferenserna, huvudet fylldes av efflorescenser, nedtrappningsscheman och inte minst dermatoskopi som var en helt ny värld. Det var en sak med omfånget av alla administrativa rutiner men svårare ändå var kliniken när mottagningen gick i 180 knyck. Bakjouren sa: ta en stans, komplettera med IF, glöm inte den indirekta, glöm inte remissen, sätt in ocklusionsbehandling, fjälla av innan, skriv en ljusordination, ser du rosetterna i dermatoskopet, kolla in vilka gånger och där ett delta-sign, saken är biff, krya basaliomet, nej inte på underbenet, glöm för sjutton inte att ta foto på ALLT.

Några år senare när jag kommit en bit på min ST kom en kollega till mig en dag och frågade om jag inte skulle kunna uppdatera ATL-boken. Jag visste inte vad ATL-boken var och anade att här fanns en relevant kunskapslucka. Visst hade jag ett vagt hum om APL, men jag hade nog egentligen inte skrivit ut mer än några få från klinikens gemensamma ordinationsmallar.

En tid senare: En härlig, duktig kollega med klinik ut i fingerspetsarna skulle gå i pension. Bästa dr Niklasson, vi önskade henne all lycka till. Och vi sörjde kompetensförlusten.

Så. Den nya dermatovenereologiska världen, det vaga hummet om APL-beredningar, kollegor som går i pension och tar med sig oerhörd kunskap. Hur guidar vi nya stjärnor på klinikerna? Hur tar vi vara på vår gemensamma kunskapsbank? Tänk dig den där slitna anteckningsboken som vissa av oss burit runt i fickan, där vi plitade ner kunskap som den seniora läkaren för dagen ströslade runt sig. Den boken, fast strukturerad, aktuell och lättillgänglig. Det var idén till Hudpraktikan.

Jag började med att fråga kollegorna på kliniken i en enkel webenkät om de trodde de skulle ha användning för en sådan hudpraktika. Det trodde de. Projektet fick godkänt och planer smiddes. Jag skickade ut en större enkät till kollegorna på klinken, men också till privatpraktiserande dermatovenereologer. Jag ställde frågor kring vilka ämnen som skulle kunna ingå, vilket format man trodde skulle vara bäst och jag bad om tre

saker som man själv snappat upp på vägen.

En kontakt med APL upprättades och jag fick höra att ATL-boken var nedlagd sedan länge. I stället lärde jag mig om deras databas AIDA, om extempore, lagerberedningar och rikslicenser. Relevanta APL-preparat sammanställdes med ATL-boken som utgångspunkt, några preparat har försvunnit och andra har tillkommit. Jag fick svar på enkäten och sammanställde dessa. Kollegor som varit med länge i yrket kontaktades. I mitt postfack låg små lappar, jag fick korta mail, långa mail, glada tillrop från kollegor i korridoren. Förutom kollegorna och APL vände jag mig till PubMed, UpToDate, Internet-medicin, Janusinfo och Folkhälsomyndigheten för kunskapsinhämtning.

Jag drömde stort om en hemsida eller app där jag ville ha med allt, allt, allt. Jag fick samla mig, prioritera och sälla bort för att hinna med inom ramen för detta arbete. De flesta i enkäten hade önskat sig ett sökbart dokument. Jag satte mig ned och började skriva.

Hudpraktikan, som arbetet resulterade i, består av en inledande del och därefter sex kapitel. Jag har valt att sortera efter önskad effekt snarare än specifik diagnos eftersom det är så vår kliniska vardag ofta ser ut. I slutet av varje stycke kommer dermatologens tips och råd. Efter en inledande övergripande del om huden följer topikala beredningar och generella aspekter på dessa, exempelvis hur mycket kräm som behöver skrivas ut efter kroppslokal och tid. Sedan kommer mjukgörande, avfjällande, klådstillande, antiseptiska

och blodstillande medel. Topikal antiinflammatorisk behandling med steroider och calcineurinhämmare har fått ett eget kapitel. Därefter systembehandlingar, dispens- och licenspreparat och systemiska APL-preparat. Ett kort kapitel om specifika diagnoser som kräver speciell handledning följs av den praktiska delen med utredning och destruktiv behandling. Allra sist en bonus som inte passade in i något av kapitlen men var för kliniskt relevant för att inte ha med.

Detta arbete har än så länge funnits som ett dokument på intranätet på kliniken och alltså endast varit läsbart som inloggad på Sahlgrenska universitetssjukhusets datorer. Jag har med glädje förstått att fler gärna skulle vilja ta del av arbetet. Vi har nu fått till en lösning där praktikan ska finnas tillgänglig på SSDV:s hemsida, under fliken dermatologi. Sannolikt fungerar detta när denna tidning går ut i tryck.

Om du som läser har några ess i rockärmen i dermatologins tecken och kan tänka dig att dela med dig, får du gärna höra av dig till mig. Högt eller lågt spelar ingen roll, alla tips mottages med öppna armar.

Jag är mycket glad och stolt över att få motta SSDV:s pris för bästa kvalitetsarbete, stort tack SSDV! Tack också till min handledare Frida Appelqvist och inte minst till alla kollegor som så generöst bidragit till innehållet i Hudpraktikan.



Maja Modin

Specialist i dermatovenereologi,
Hudkliniken

Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
maja.modin@vgregion.se

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 2025

ST-kursen STI

2025-04-07 – 2025-04-11

Uppsala

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

SSDV:s Årsmöte

2025-05-07

Helsingfors, Finland

ST-kurs i Hudpatologi

2025-05-13 – 2025-05-15

Stockholm

8th Nordic Course on Skin Surgery

2025-08-14 – 2025-08-15

Köpenhamn, Danmark

ST-kurs – Psoriasis, Eksem, Handdermatoser, Urticaria och Systemläkemedel

2025-09-08 – 2025-09-12

Linköping

ST-möte för ST-läkare

2025-10-06 – 2025-10-07

Västerås

4th ILDS World Skin Summit

2025-10-23 – 2025-10-25

Kapstad, Sydafrika

9th Nordic Dermoscopy Course

2025-10-24

Göteborg

ST-kurs Arbets- och miljödermatologi

2025-11-18 – 2025-11-21

Malmö

Utgivningsplan 2025:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 41	10 februari	2 april
Nr 42	5 maj	2 juli
Nr 43	18 augusti	8 oktober
Nr 44	27 oktober	18 december



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

Annons

Annons