

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 12 • 4/2017



www.ssdv.se

Rapporter från ST-pristagare 2016-2017 • Hedersmedlem Inger Rosdahl
Euromelanoma • Fysisk aktivitet vid psoriasis • Rapport från EADV
Sektionen för Venereologis höstmöte • Skriet från operationssalen • Quiz



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

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

Ansvarig utgivare / redaktör:
John Paoli, john.paoli@vgregion.se

Ordförande:
Katarina Lundqvist, ordförande SSDV

Hemsida:
ssdv.se

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

Layout:
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Annonser:
Jean Lycke, jean@mediahuset.se

Tryck:
Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Omslagsbild:
Mosaic mural, Philadelphia, USA.
Foto: Christian Steczko Nilsson

Distribueras som post- och webbtidning:
ISSN 2022-0767 (Print)
ISSN 2002-0775 (Online)

Innehåll	
SSDV:s Ordförande har ordet.....	1
Redaktören har ordet.....	2
ST-pristagare 2016: Sara Prosén.....	5
ST-pristagare 2017: Julia Fougellberg.....	6
ST-pristagare 2017: Wasim Jamil.....	8
ST-pristagare 2017: Anders Nygren.....	9
Fysisk aktivitet vid psoriasis.....	11
Inger Rosdahl utsedd till Hedersmedlem.....	16
Sektionen för venereologis höstmöte.....	18
Euromelanoma Sverige.....	20
Venereologisek. utbildningsdag 2018.....	23
Skriet från operationssalen.....	26
Stipendieansökningar 2018.....	28
Dags att nominera.....	29
Nyheter från PsoReg.....	29
Ny upplaga av Rorsmans lärobok.....	31
Pressmeddelande: Nässelutslag.....	32
Dermatovenereologi-visa.....	32
Inbjudan SSDV:s vårmöte 2018.....	33
Dermatoskopi Quiz.....	34
Dermatoskopi Quiz - Lösning.....	37
34 th Nordic Congress of Dermatology & Venereology.....	38
SSDV:s styrelse.....	39
Kalender 2018 - 2019.....	40

Utgivningsplan 2018:		
	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 13	8 januari	27 februari
Nr. 14	19 mars	11 maj
Nr. 15	20 augusti	9 oktober
Nr. 16	29 oktober	18 december

Sammanfattning av ett fullspäckat år

Höstmörkret har smugit sig runt husknuten och i Skåne viner höstvindarna med full kraft. När detta nummer når brevlådan lackar det mot jul och jag misstänker att det snarast är fullt fokus på lutfisken och alla andra helgbestyren. Men i mellandagarna kanske detta nummer av D&V kan sprida lite stillsam avkoppling när slakten har dragit sig tillbaka och alla måsten har blåst över. Luta er tillbaka i favoritfåtöljen och ta del av ett läsvärt D&V nr 12.

SSDV har samlat styrelsen vid två tillfällen under hösten. Utbildningsfrågor är alltid en central punkt på agendan. Vi följer planeringsarbetet tillsammans med Eva Ljunggren, verksamhetschef för hudkliniken och president för det kommande vårmötet i Linköping 2018 där planeringen nu är i full gång. Vi väntar med spänning på vårens program.

Internationellt har höstens höjdpunkter bland annat handlat om EADV i Genève och World Congress of Melanoma i Brisbane, Australien som många av er säkert besökt.

På närmre håll har det hållits många kurser under hösten. För att nämna några så gick nordisk kurs i dermatokirurgi i Köpenhamn. En ny kurs i dermatopatologi för ST-läkare har startats i Lund och i november gick repisen av fortbildningskursen på Bergendal.

"SSDV:s höstmöte för ST-läkare" (ST-träffen) hölls för andra året i rad på Ystad saltsjöbad för sammanlagt 79 ST-läkare. Temat var dermatoskopi och atypiska melanocyttära tumörer. Föredragshållarna var samtliga av nationell och internationell toppklass med inbjudna dr. Kittler, dr. Lallas, dr. Argenziano, dr. Piccolo, dr. Paoli, dr. Nielsen och dr. Kjellman. Stort tack till alla excellenta föredragshållare och till organisationskommittén under ledning av ST-läkare Markus E.S. Danielsson Darlington samt till våra samarbetspartner som gör detta möjligt.

Jag vill passa på att uppmärksamma våra regionala höst- och vårmöten som traditionellt anordnas på flera av våra universitetskliniker. Dessa återkommande möten fokuserar ofta på knepiga kliniska fall, med möjlighet till samråd om utredning, diagnos och terapi. Här handlar det om utbyte av nyheter och erfarenheter som direkt kan användas i klinisk vardag. I en tid där produktionsfokus och spariver väger tungt vill jag framföra ett

stort tack till dem som anordnar dessa uppskattade sammankomster som kräver planering, tid och stort engagemang.

Alla dessa möten, konferenser och kurser, utbildning/fortbildning, internationellt eller regionalt är en stor del i vår kompetensutveckling. Ständigt lika aktuellt för alla yrkesverksamma kollegor, oftast med stort egenansvar. SSDV har en central roll i att bevaka och se till att kurser under ST-utbildningen upprätthålls. Eftersom Sverige är ett av få länder i Europa där fortbildning efter ST är helt oreglerad, har SSDV som mål att i framtiden även inkludera fortbildningen i vår översyn med rekommendationer till specialister. Arbetsättet är ännu i tidigt planeringsstadium, men kurser och konferenser finns alltid uppdaterat och sammanställt i vår kalender på hemsidan. Välkomna att göra ett besök där för att spana in vårens möjligheter.

Med dessa ord vill SSDV tacka sektioner, intressegrupper och medlemmar för ert engagemang i stort och smått under det gångna året.

Från SSDV:s styrelse, med förhoppning om en vilsam helg och rofylld läsning, önskar vi er alla en riktigt God Jul och ett Gott Nytt 2018.



Katarina Lundqvist
Ordförande SSDV
katarina.lundqvist@med.lu.se



Rapport från EADV

Eftersom EADV grundades 1987 var detta ett speciellt år för sällskapet som firade sitt 30-årsjubileum. Senaste kongressen i Genève var den 26:e som har anordnats (figur 1) utöver 14 vårsymposier. I maj och september var jag på plats i Bryssel, Belgien för vårens symposium samt i Genève, Schweiz för höstkongressen där jag också deltog i mitt första respektive andra styrelsemöte med EADV som svensk representant. Här kommer en kort rapport med några intressanta nyheter därifrån.

EADV:s strategiska satsningar

Den stora nyheten från första styrelsemötet i våras var att EADV:s nye President Luca Borradori från Schweiz har tillsammans med sitt Executive Committee och konsulter från Porsche Consulting genomfört en SWOT-analys (Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats) och utvecklat en rad nya strategier för att säkra ytterligare framgångar i sällskapet framgent. EADV har bl.a. identifierat 19 specifika initiativ för att strategiskt arbeta med medlemskapsfrågor, produkter som sällskapet har att erbjuda dess medlemmar, förbättrad organisation, forskning och utbildning samt samarbete med industrin.

Nya stadgar godkända

På EADV:s årsmöte i Bryssel (figur 2) godkände även medlemmarna nya

stadgar som innebär att EADV antar ett mer parlamentariskt system. Stadgarna har anpassats för att möjliggöra mer effektiv röstning inom sällskapet i och med det ständigt ökande antalet medlemmar samt personer i Board of Directors (numera nästan 50 personer). I nya stadgarna blir det tydligare vilka roller som de sju personerna i Executive Committee (President, President-Elect, Past President, Secretary General, Treasurer och två representanter från Board of Directors) har, vad övriga styrelsemedlemmar ansvarar för samt vad EADV:s Chief Executive Officer (CEO) förväntas göra. Vidare beslutades att två representanter för internationella medlemmar (icke-europeiska) kommer att bli invalda i styrelsen.

Figur 1: EADV:s 25 höstkongresser från 1989-2016.

Foto: EADV



Figur 2: EADV Board of Directors träffades i Bryssel den 24 maj 2017.

Foto: EADV

Nya styrelsemedlemmar

Vid mötet i Genève den 13 september var det dags att rösta fram några nya styrelsemedlemmar och Chairs för olika kommittéer inom EADV. Bland alla val som gjordes vill jag nämna några som kan vara av särskilt intresse för oss. Branka Marinovic från Kroatien valdes in som ny Secretary General, Mette Deleuran från Danmark valdes in som ny Chair för Statutes and Development Committee, Thrasyvoulos Tzellos blev ny nationell representant i styrelsen för Norge och Bardur Sigurgeirsson blev ny nationell representant för Island. Vidare avslutade Magnus Bruze från Malmö sitt uppdrag inom Project Proposal Review Committee.

Framtidsplaner

På samma möte berättade EADV:s CEO Nancy Induni i sin rapport att man har tagit ett strategiskt beslut att EADV skall besöka och ställa ut på flera viktiga kongresser under de kommande åren. Det var mycket glädjande att hitta 34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology i Göteborg (8–10 maj 2019) på denna lista! En annan intressant nyhet var den uppdaterade listan på kommande EADV-kongresser för perioden 2018–2025. Vi kan se fram emot att åka till följande ställen under de kommande åren (figur 3):

15th Spring Symposium

Budva, Montenegro (3–6 maj 2018)

27th EADV Congress

Paris, Frankrike (12–16 september 2018)

28th EADV Congress

Madrid, Spanien (9–13 oktober 2019)

29th EADV Congress

Wien, Österrike (hösten 2020)

30th EADV Congress

Berlin, Tyskland (hösten 2021)

31st EADV Congress

Milano, Italien (hösten 2022)

32nd EADV Congress

Budapest, Ungern (hösten 2023)

33rd EADV Congress

Amsterdam, Nederländerna (hösten 2024)

34th EADV Congress

Paris, Frankrike (hösten 2025)

En sista höjdpunkt i Genève var en båttur på Lac Léman där styrelsen och andra hedersgäster fick avnjuta "President's Dinner". Under kvällen utdelades olika priser och diplom. Vår isländske kollega Jón Hjaltalin Ólafsson, som tidigare har varit Treasurer i EADV i många år, tog emot EADV:s "Distinguished Service Award". Jean Bologna var också på plats för att ta emot EADV:s "Clinical Care Award" bl.a. för hennes fantastiska dermatologiska lärobok/uppslagsverk.

Medlemskap

Under våren i år hade Sverige 112 aktiva medlemmar i EADV vilket innebär en tydlig ökning jämfört med 2016 då vi låg strax under 100 medlemmar. Detta innebär också att vi sannolikt kan öka vår representation i styrelsen med ytterligare en person år 2019. Som nämnt i min tidigare rapport får länder med över 100 medlemmar representeras av två styrelsemedlemmar i EADV:s Board of Directors. Jag vill än en gång passa på att rekommendera medlemskap för alla inom SSDV. Medlemskapet kostar bara €150 per år för ordinarie medlemmar, €75 för pensionerade medlemmar och endast €50 om du är under 35 år. Som medlem får man dramatiska reduktioner på avgifterna till EADV:s kongresser samt tidskriften JEADV i elektronisk form. Fr.o.m. 2018 kan man betala €30 extra om man vill få pappersversionen av JEADV med posten.



Figur 3: Kommande EADV kongresser i Budva, Paris och Madrid.

Foto: EADV

Om ni vill hitta mer information om EADV:s kongresser, kurser ("EADV School"), stipendier och aktiviteter kan jag rekommendera deras hemsida www.eadv.org. Om ni har frågor om EADV eller behöver en rekommendation för att bli medlem så får ni gärna skicka mig ett mail (john.paoli@vgregion.se).

I detta nummer

Du håller nu i din hand Dermatologi & Venereologi nummer 12 vilket innebär att SSDV:s medlemstidning fyller tre år. Detta firar vi med mycket spännande läsning. I detta nummer kommer ni bl.a. att få läsa om fysisk aktivitet vid psoriasis, spännande nytt från Sektionen för Venereologis höstmöte samt vad ST-läkarna Julia Fougelberg, Sara Prosén, Anders Nygren och Wasim Jamil har gjort för att förtjäna SSDV:s ST-pris. Petter Bengtsson bidrar dessutom med en skräckhistoria från operationssalen och Ada Girnita sammanfattar sina år som nationell koordinator för Euromelanoma. Slutligen får ni svar på förra numrets quiz och ännu ett klurigt fall att analysera. Enjoy!



John Paoli

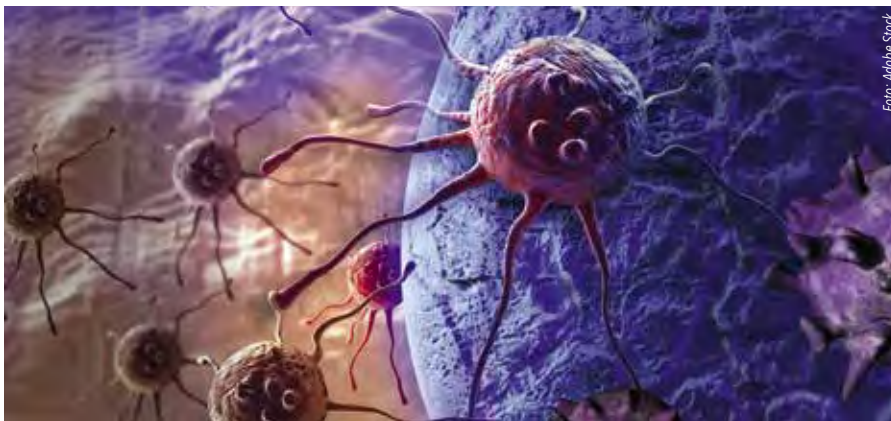
Redaktör

john.paoli@vgregion.se

Annons

Kan Wwox och SLC25A43 ha betydelse för uppkomst och utveckling av basalcellscancer?

– en förstudie och en del i projektet "Identifiering av tumörspecifika förändringar i gener och genuttryck som kan ha betydelse för uppkomst och utveckling av basalcellscancer och skivepitelcancer.



släckt uttrycket av SLC25A43 och då sett en sänkt proliferationshastighet i normala bröst-epitelceller men ökad proliferationshastighet i bröstcancer cellerna. Dessa studier talar för att en förlust gynnar bröstcancer cellerna. Kan det vara så även för basaliom? SLC25A43 är ett mitokondriellt transportprotein. Det är känt att förändrad mitokondriell funktion uppstår i många cancer celler som gynnar glykolys framför oxidativ fosforylering. Mitokondrierna är känsliga för UV-ljus vilket inducerar oxidativ skada. Då UV strålning har stor betydelse för uppkomst av basalcellscancer är det extra intressant att studera mitokondrierna i just denna cancerform. Ett område där mycket mer finns att upptäcka!

Ett stort tack till mina handledare Magnus Lindberg, Anna Göthlin Eremo och Elisabet Tina.

Hudcancer är den snabbast ökande cancerformen i Sverige idag och basalcellscancer är den vanligaste formen. Genom att bättre förstå den genetiska och molekylärbio logiska utvecklingen i cancer cellerna kan man finna nya behandlingsmetoder. I denna delstudie studerades genuttrycket av Wwox och SLC25A43 i basalcellscancer och normal hud. Wwox är en känd tumörsuppressoren medan kunskapen om SLC25A43 är begränsad. Syftet med studien var att undersöka om det var några eventuella skillnader i Wwox och SLC25A43 genuttryck mellan basalcellscancer och normal hud samt mellan kvinnor och män.

I studien inkluderades 14 patienter (sju kvinnor och sju män) med basalcellscancer. Från dessa patienter analyserades stansbiopsier från tumör samt från normal hud från skinkan. För att mäta de relativa genuttrycken av Wwox och SLC25A43 mot de endogena kontrollerna ABL och β -actin användes realtids-PCR. Jämförelser gjordes på individ och gruppni-

vå samt korrelerat till kön. Genuttrycket av Wwox visade inga signifikanta fynd. Däremot visade samtliga tumörprover signifikant lägre genuttryck av SLC25A43 jämfört med samma patients normalhud. Skillnaden var signifikant med som mest 83% minskning jämfört med normal hud. Det var ingen signifikant skillnad i genuttryck mellan könen. Man kunde inte se någon skillnad i genuttryck av SLC25A43 när man jämförde tumörer med olika växtsätt, storlek eller lokalisering.

Med reservation för studiens begränsade storlek, kunde man dock se en mycket tydlig skillnad i uttrycket av SLC25A43. Vad skillnaden beror på återstår att utforska. SLC25A43 är ett mitokondriellt transportprotein som aldrig tidigare studerats i basaliom eller någon annan form av hudcancer. Man har dock i studier på bröstcancer sett en 80% deletion av SLC25A43 hos HER2 positiva bröst-tumörer. Man har även sett samma deletion vid livmoderhalscancer samt lungcancer hos kvinnor. Studier har tidigare gjorts där man

Sara Prosén
Specialistläkare
Hudkliniken
US Örebro



Eremo AG, Tsegai AD, Lindberg M, Tina E.

Decreased expression of the mitochondrial solute carrier SLC25A43 in basal cell carcinoma compared with healthy skin. Oncol Lett. 2017 Aug;14(2):2218-2222

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 klinikens 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-mottagningen 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 bakjourskompetens.
- 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) omhändertas 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 Fougberg

ST-läkare

Hudkliniken

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Annons

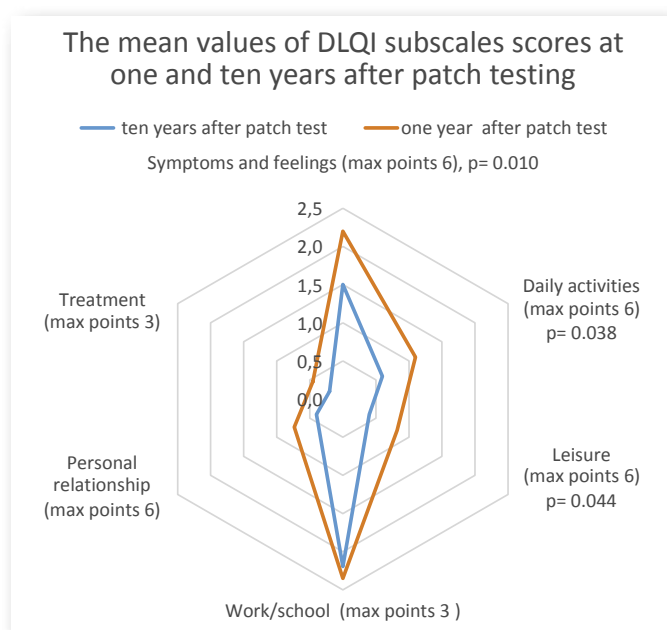
Effekten av tiden och förmågan att komma ihåg epikutantestet på livskvalitet

En tvärsnittsstudie som analyserar livskvalitet hos patienter med handeksem 1, 5 och 10 år efter epikutantestet.

Hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) är ett samlingsbegrepp som beskriver patientens subjektiva uppfattning om sjukdomens olika aspekter inklusive de fysiska, psykiska och sociala aspekterna. Mätning av HRQoL är ett viktigt instrument för kroniska sjukdomar på grund av dess långvariga negativa psykologiska och socioekonomiska effekter på patienterna. Kroniskt eksem, är en sådan kronisk sjukdom med negativ inverkan på patientens HRQoL. Dermatology Life Quality Index (DLQI) är ett sätt att studera HRQoL för patienter med handeksem. Det är ett frågeformulär som består av 10 artiklar. Frågeformuläret täcker effekten av hudsjukdomar på livskvaliteten under den senaste veckan i följande aspekter: symtom och känslor, dagliga aktiviteter, fritid, arbete och skola, personligt förhållande och behandling. Varje fråga är klassad från 0 (inte alls) till 3 (väldigt mycket). Maximal DLQI-poäng är 30.

I dagens hälso- och sjukvård söker patienter med handeksem först i primärvården där de får diagnosen, lokala behandlingar och råd om handskyddsåtgärder. Beroende på effekten av behandlingen och svårighetsgraden av handeksemet remitteras en del patienter till dermatologiska kliniken för vidare behandling med mer potent lokalbehandling, ljusbehandling, systemisk behandling och ställningstagande till epikutantestning. Epikutantestet är en objektiv och kostnadseffektiv metod som används när allergiskt kontakteksem misstänks eller måste uteslutas, vilket betyder en utredning som visar om patientens handeksem kan orsakas av en överkänslighet mot ett ämne som finns i patientens miljö. I praktiken, är epikutantestet en period under vilken handeksempatienter har regelbundna kontakter med vården med minst tre besök. Den första kontakten är för beslutet om epikutantestet, den andra och tredje kontakten är för testavläsning samt information om testresultatet. Efter epikutantestet finns inga vidare regelbundna uppföljningar från hudkliniken, utan patienten remitteras oftast tillbaka till primärvården. Syftet med studien var att utvärdera HRQoL (1-10 år) efter epikutantestet, och se hur testresultat samt hur väl patienterna kommer ihåg sina testresultat påverkar HRQoL.

I studien skickades DLQI till alla handeksempatienter (antal=256, åldern 18-65 år) som testades med svensk basserie för misstänkt allergisk kontakteksem i 2009, 2005 och 2000 vid hudkliniken vid Universitetssjukhuset Örebro. Patienter rapporterade kvarstående besvär med handeksem i 44%, 47% och 53% av fallen 1, 5 respektive 10 år efter epikutantestet. Däremot var den totala DLQI-poängen signifikant bättre 10 år efter epikutantestet (medelvärde DLQI = 5,5 vilket motsvarar en liten effekt på patientens liv) än efter 1 år (medelvärde DLQI = 7,7 vilket motsvarar en måttlig effekt på patientens liv) (figur 1). Detta kan troligtvis förklaras av patienternas adoption av undvikande livsstilar under deras fritid och dagliga aktiviteter där signifikanta förbättringar noterades. Förbättringen av livskvaliteten var inte associerad med testresultatet eller hur väl patienterna mindes sina testresultat. Trots förbättringen av HRQoL över tiden var arbetet den mest försämrade aspekten i DLQI. Patienterna bejakade att handeksemet påverkade deras arbete i 77% och 72% av fallen 1 respektive 10 år efter epikutantestet. Dessa resultat talar för ett behov av regelbundna vårdbesök för handeksempatienter för information om handskyddsrutiner och optimering av behandlingen.



Figur 1: Handeksempatienter visar förbättrad livskvalitet med tiden i aspekter såsom dagliga aktiviteter, fritid och symptom.

Wasim Jamil
ST-läkare
Hudkliniken
Universitetssjukhuset Örebro



Swedish children with hereditary angioedema report good overall health and quality of life despite symptoms

Nygren A., Nordenfelt P., Lindfors A., Mallbris L., Björkander J., Wahlgren C.F.

Abstract:

Aim

Few studies have been published on children with hereditary angioedema (HAE), an autosomal dominant disease caused by mutations on chromosome 11. This study explored various aspects of the disease in the Swedish paediatric population.

Methods

A retrospective questionnaire was sent to all 36 Swedish children known to have HAE, and a physician carried out follow-up telephone interviews.

Results

Most of the questionnaires were completed by the parents of 31 (86%) children with HAE, with or without their input, at a median age of nine years (range 1-17), and the physician also interviewed 29. HAE symptoms were experienced by 23 children, including abdominal attacks (96%), skin swelling (78%) and swelling in the mouth and/or upper airways (52%). Psychological stress was the most common trigger for abdominal attacks and trauma and sports triggered skin swelling. The majority ($n = 19$) had access to complement-1 esterase inhibitor concentrate at home. Current health and quality of life were generally rated as good, independent of whether the child had experienced HAE symptoms or not.

Conclusion:

Most children with HAE had experienced abdominal attacks and skin swelling, but their overall health and quality of life were generally perceived to be good.



Anders Nygren

tidigare ST-läkare på
Karolinska Universitetssjukhuset,
numera specialistläkare på SkinDoc

Handledare:

Professor Carl-Fredrik Wahlgren



Artikeln publicerades i Acta Paediatrica i maj 2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26821285>

Annons

Fysisk aktivitet vid psoriasis

ICD-10-kod: Psoriasis L40

Sammanfattande rekommendation

- Personer med måttlig till svår psoriasis bör rekommenderas aerob fysisk aktivitet för att minska svårighetsgraden av psoriasis. *Begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka ++)*.
- Personer med psoriasis bör få råd hur de kan komma över eventuella hinder för fysisk aktivitet, exempelvis att visa hudförändringarna i offentliga sammanhang.

Beskrivning av sjukdomstillståndet

Definition

Psoriasis kännetecknas av röda, fjällande och ibland kliande hudplack. Det är viktigt att skilja mellan lindrig psoriasis, som drabbar mindre än 5 procent av kroppsytan, och måttlig till svår psoriasis. Mild psoriasis påverkar endast huden men kan vara associerad med en psoriasisartropati, det vill säga ledpåverkan. Svår psoriasis drabbar inte bara en större kroppsyta,

utan är också associerad med metabola syndrom och hjärt-kärlsjukdomar samt sannolikt relaterat till systemisk inflammation. I allmänhet tenderar den vanligare typ 1-psoriasis (tidig debut, positiv familjeanamnes) att vara mer aggressiv än typ 2-psoriasis (sen debut, ingen familjeanamnes) [1].

Förekomst

Psoriasis har en prevalens på cirka 3 procent och är därmed en av de vanligaste hudsjukdomarna i Skandinavien. Båda könen drabbas lika ofta, dock har män oftare en svår variant [2].

Orsak/riskfaktorer

Risken för att utveckla psoriasis är främst genetiskt betingad. Flera gener är involverade, förmodligen i ett polygent mönster [3]. Lomholts studie på Färöarna visade att förekomsten av psoriasis var kraftigt förhöjd bland släktingar till personer med psoriasis [4]. Om till exempel båda föräldrarna och ett syskon har psoriasis är risken för en person att få sjukdomen under sin livstid närmare 80 procent [5]. Utlösande/försämrande faktorer är infektioner [6, 7], vissa läkemedel [8] samt rökning och hög alkoholkonsumtion [9, 10].

En prospektiv kohortstudie av över 86 000 amerikanska kvinnliga sjuksköterskor visade att fysisk aktivitet på måttlig till hög intensitet var förknippad med lägre risk för psoriasis, även efter justering för kroppsmasseindex (BMI). Risken för att utveckla psoriasis var inte lägre hos personer som utövade fysisk aktivitet på låg till måttlig intensitet, exempelvis genom promenader. Detta kan bero på att måttlig till hög intensiv fysisk aktivitet har större effekt på systemisk inflammation [11].

Bakomliggande patofysiologiska mekanismer

Den drabbade huden hos personer med psoriasis visar en ökad proliferation av överhuden (epidermis) och en inflammation i underhuden (dermis) med vidgade och avlånga kapillära slingor. Immunsystemets engagemang vid psoriasis tydliggörs av den goda effekt immunosuppressiva läkemedel har. Hos personer med måttlig till svår psoriasis har det på gruppnivå påvisats en lätt förhöjning av både

sänkingsreaktion (SR) och C-reaktivt protein (CRP) [12] i plasma som tecken på lågradig kronisk systemisk inflammation.

Vanliga symtom

Huden är ofta röd och kliar. Döda hudceller ger en besvärande fjällning. Även smärtsamma hudsprickor kan uppstå. Den systemiska inflammationen vid måttlig till svår psoriasis är förmodligen orsaken till både trötthet och den ökade risken för hjärt-kärlsjukdom och metabola sjukdomar.

Diagnostik

Psoriasis kännetecknas av röda, ibland kliande plack, som visar en typisk silveraktig fjällande yta. Ibland förekommer små gropar i naglarna, som i så fall är ett tydligt tecken. Tack vare att sjukdomsbilden är så typisk kan psoriasis diagnostiseras av allmänläkare i primärvården. I vissa fall kan det dock vara nödvändigt att konsultera en hudläkare eller att ta en biopsi.

Sjukdomsförlopp och samsjuklighet

Utvecklingen av psoriasis kan inte förutsägas för en enskild person. Allt är möjligt, från spontan utläkning till akut försämring utan någon uppenbar anledning. I allmänhet är typ 1-psoriasis (tidig debut, positiv familjeanamnes) mer aggressiv än typ 2-psoriasis (sen debut, ingen familjeanamnes) [1]. Äldre personer tenderar att ha en mildare sjukdom. Eftersom mild psoriasis kan övergå till måttlig eller svår psoriasis rekommenderas även personer med mild psoriasis en fysiskt aktiv livsstil. Måttlig till svår psoriasis drabbar inte bara en större kroppsyta utan är också associerad med vissa livsstilssjukdomar, exempelvis typ 2-diabetes, hypertoni, depression, övervikt och fetma. Samsjukligheten är sannolikt relaterad till systemisk inflammation. Detta innebär att en hälsosam livsstil är extra viktig för patienter med psoriasis; både psoriasis och eventuell samsjuklighet förbättras.

Nuvarande behandlingsprinciper

Mild psoriasis behandlas utvärtes med steroider och steroider plus kalcipotriol, ett vitamin D3-derivat. Måttlig till svår psoriasis kräver systemisk behandling. Dessa inkluderar för-

Denna artikel är ett kapitel-
utdrag ur boken FYSS 2017.



Boken ges ut av Läkartidningen Förlag AB på uppdrag av YFA, Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. Boken som är på ca 650 sidor finns att beställa på:
www.lakartidningen.se/
Om-lakartidningen/Bocker/



sta generationens syntetiska läkemedel såsom metotrexat, andra generationens syntetiska läkemedel såsom apremilast samt biologiska läkemedel såsom tumörnekrosfaktor alfa-hämmare (TNF- α -hämmare) och Interleukin (IL-12/IL-23) hämmare. Tyvärr kan för de flesta personer ingen av dessa systemiska behandlingar åstadkomma fullständig utläkning av huden, vilket gör kombination med utvärtes behandling nödvändig. Det är viktigt att sjukvårdspersonalen informerar personen om vilka resultat som kan åstadkommas i dag. Målet med behandlingen måste anpassas till personens individuella behandlingsmål, som kan vara mer eller mindre ambitiösa än vårdgivarens. Under de senaste åren har flera livstilsomläggningar för psoriasis etablerats som strävar efter ett holistiskt perspektiv. Kombinationen av olika interventioner, såsom utbildning i allmänna hälsofrågor samt stressreducerande tekniker, har visat sig vara en framgångsrik strategi [13].

Effekter av fysisk aktivitet

Forskning om effekterna av fysisk aktivitet på psoriasis är ett växande område men fortfarande begränsad. Aktuell forskning utgår främst från tvärsnitt- och retrospektiva uppgifter i frågeformulär, medan det skulle vara önskvärt med longitudinella studier där både fysisk aktivitet och psoriasisaktivitet har mätts över tid.

Akuta effekter

Fysisk aktivitet har akuta effekter på flera anti-inflammatoriska processer som är relaterade till psoriasis.

- Oxidativ stress förekommer vid psoriasis och forskning har visat att moderat nivå av fysisk aktivitet ökade nivåerna av antioxidanter, vilket antyder att fysisk aktivitet kan reducera oxidativ stress [14].
- Serumlipider kan vara involverade i patologin vid psoriasis (och metabolt syndrom) [14]. Forskning visar att ökad nivå av fysisk aktivitet reducerar nivåerna av lipider i blodet [15, 16].

Det saknas forskning på akuta effekter av fysisk aktivitet genomförd på personer med psoriasis.

Långtidseffekter

Tumörnekrosfaktor (TNF)- α [14] är ett cytokin som spelar en stor roll i patogenesen för psoriasis, och behandling med TNF- α -hämmare är en av de effektivaste metoderna om sjukdomen är måttlig till svår. Studier på personer som inte har psoriasis har visat att ökad fysisk aktivitet kan minska mängden av TNF- α . En studie av 16 överviktiga kvinnor som följde ett 12-veckors program bestående av 30 minuters aerob fysisk aktivitet (70 procent av maxpuls) 5 dagar i veckan, visade en minskning av TNF- α -nivå oberoende av förändringar i BMI, midjemått, procent kroppsfett, glukos, insulin eller fria fettsyror [17]. En annan studie ($n = 27$) visade att aerob fysisk aktivitet i 30–45 minuter på moderat nivå, 4–5 gånger i veckan i 5 månader, reducerade mängden TNF- α [18]. Forskning om effekten av fysisk aktivitet på TNF- α -nivåerna hos personer med psoriasis saknas.

En icke-randomiserad interventionsstudie av Lambert et al. [13] bestod av ett 18-veckors utbildningsprogram med 14 olika komponenter, däribland kost, rökning, alkohol och fysisk träning. Sjuttion personer med psoriasis fullföljde programmet. Deltagarna fick ett program för fysisk aktivitet som involverade ett träningspass i veckan där fokus låg på att hantera och hitta aktiviteter som passade den enskilde. Detta resulterade i en minskning av Dermatology Life Quality Index (DLQI) med 40 procent. Den icke-randomiserade och tvärvetenskapliga karaktären av studien begränsar dock möjligheten att dra konkreta slutsatser vad gäller den specifika effekten av fysisk aktivitet, men visar samtidigt på nyttan av insatser som har ett mer holistiskt perspektiv på sjukdomen. *Begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka ++)*.

Naldi et al. [19] genomförde en randomiserad kontrollerad studie (RCT) över 20 veckor av systembehandlade överviktiga personer med psoriasis. Deltagarna följde en diet samt instruerades att konditionsträna 3 gånger i veckan under minst 40 minuter. Detta resulterande i en minskning av psoriasis svårighetsgrad skattad enligt Psoriasis Area och Severity Index (PASI) med nästan 50 procent. *Begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka ++)*.

Effekt i förhållande till typ av fysisk aktivitet

Det finns lite tillgänglig forskning på vilken typ av aktivitet som har bäst effekt på psoriasis. En litteraturgenomgång publicerad 2012 fann inte någon interventionsstudie som undersökte effekten av fysisk aktivitet på psoriasis [14].

Dos-respons

Det var inte möjligt att identifiera studier som har undersökt relationen mellan dos och respons i behandlingen. När det gäller prevention av psoriasis behövs troligen måttlig till hög intensiv fysisk aktivitet (se ovan avsnittet "Orsak/riskfaktorer") [11].

Verkningsmekanismer

Forskningsunderlaget om hur fysisk aktivitet kan påverka huden är begränsat, men det har exempelvis visats att aerob fysisk aktivitet kan motverka åldringsprocessen via påverkan på mitokondrier [20]. Fysisk aktivitet har också effekt på flera anti-inflammatoriska processer som är relaterade till psoriasis, såsom som nivå av tumörnekrosfaktor (TNF)- α , oxidativ stress och serumlipider [14].

Indikationer för fysisk aktivitet

Det är sannolikt att personer med psoriasis är mindre fysiskt aktiva än friska individer [14, 21], men det vetenskapliga underlaget är knapphändig. Endast i två studier har nivån

av fysisk aktivitet undersökts hos personer med måttlig till svår psoriasis, och i båda konstaterades att dessa var mindre fysiskt aktiva än friska personer. I en portugisisk studie med 90 personer med måttlig till svår psoriasis och 160 friska försökspersoner visades att gruppen med psoriasis inte uppnådde rekommenderad dos av fysisk aktivitet [22]. Den fysiska aktiviteten utvärderades med hjälp av ett validerat självrapporteringsinstrument (IPAQ-S). I en prospektiv amerikansk kohortstudie (Iowa Women's Health Study) undersöktes fysisk aktivitet med hjälp av enkäter från över 32 000 kvinnor (varav 719 med psoriasis) [23]. Av kvinnor utan psoriasis rapporterade 42 procent att de regelbundet utförde fysisk aktivitet, jämfört med 36 procent av kvinnor med psoriasis. Båda studierna baseras på självrapporterad fysisk aktivitet, vilket begränsar tillämpligheten av resultaten.

Personer med psoriasis löper ökad risk för kardiovaskulär och metabol samsjuklighet, vilket i sig motiverar att fysisk aktivitet ingår i prevention och behandling. Förutom fysisk aktivitet kan stressreduktion, rökfrihet, måttlighet med alkohol, eventuell viktreduktion, hög konsumtion av frukt och grönsaker samt minskat fett-, socker- och saltintag ha positiva hälsoeffekter.

Ökad fysisk aktivitet för personer med psoriasis är viktigt. Klinisk erfarenhet visar att många personer med måttlig till svår psoriasis kan hamna i en ond cirkel (figur 1), som möjligen kan brytas med fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet och läkemedelsbehandling vid psoriasis

Lokalbehandling

Mjukgörande salvor och krämer ingår i basbehandlingen. De krämer och salvor som är receptbelagda innehåller kortison eller en kombination av vitamin D3-analoger och glukokortikoider i samma tub (kalcipotriol och betametason).

Ljusbehandling

Ljusbehandling används vid medelsvår psoriasis som inte svarat tillfredsställande på lokalbehandling. Långa behandlingstider med UVB-ljus ökar dock risken för hudcancer. Särskild försiktighet gäller för behandling av barn.

Systembehandling – tabletter, kapslar eller sprutor

Om lokalbehandling inte har tillräckligt effekt, används systembehandling. Systembehandling är effektivare, men risken för biverkningar är oftast större. De verksamma ämnen som används är:

1:a generations syntetiska läkemedel;

metotrexat och acitretin

2:a generations syntetiska läkemedel;

apremilast

Biologiska läkemedel och biosimilarer

Biologiska läkemedel är proteiner som är så stora och komplexa att de inte kan produceras med kemisk syntes, de måste produceras

i levande celler. När ett syntetiskt läkemedel förlorat sitt patentskydd kan generiska läkemedel produceras (generika) som innehåller exakt samma molekyler som referenspreparatet. Ett biosimilar är däremot ett läkemedel som liknar ett redan godkänt biologiskt läkemedel, men som inte är exakt identiskt. Biologiska läkemedel som är godkända för behandling av psoriasis är riktad mot tumörnekrosfaktor (TNF)- α eller interleukiner och ges vanligtvis i form av sprutor.

Även om forskningen är begränsad tyder den på en additiv effekt av läkemedelsbehandling och fysisk aktivitet.

Kontraindikationer/risiker

Förutom de allmänna riskerna vid fysisk aktivitet som finns beskrivna i kapitlet "Kontraindikationer för fysisk aktivitet" bör hänsyn tas till den samsjuklighet som är vanlig vid psoriasis, såsom kardiovaskulära och metabola sjukdomar.

Behov av medicinsk kontroll

Enbart nödvändigt om eventuell samsjuklighet föreligger och så kräver.

Uppföljning och utvärdering

Eftersom fysiska och psykosociala utmaningar, som kosmetiska obehag i samband med drabbad hud, är vanligare vid psoriasis kan det vara svårare att delta i regelbunden fysisk aktivitet. Det är därmed av största vikt



Figur 1. Att bryta den onda psoriasiscirkeln.

Ett psoriasisskov kan leda till depression och uppgivenhet och därmed en försämrad livsstil med ökad rökning och alkoholkonsumtion som följd (vänster bild). Eftersom fysisk aktivitet påverkar både kroppen och psyket kan det fungera som ett utmärkt instrument för att bryta denna onda cirkel (höger bild).

• Rekommenderad fysisk aktivitet vid psoriasis

• Förebygga

Det finns inga säkra stöd för att fysisk aktivitet kan förebygga psoriasis.

• Behandla

Personer med måttlig till svår psoriasis bör rekommenderas aerob fysisk aktivitet för att:

– minska svårighetsgrad av psoriasis (++)

Aerob fysisk aktivitet			Muskelstärkande fysisk aktivitet			
Intensitet*	Duration min./vecka	Frekvens ggr/vecka	Antal övningar	Antal repetitioner	Antal set	Antal ggr/vecka
Måttlig	Minst 150	3–7	Evidens saknas			
eller						
Hög	Minst 75	3–5				
eller måttlig och hög intensitet kombinerat t.ex. minst 90 min./vecka (30 min. 3 ggr)						

TÄNK PÅ ATT:

För att minska friktion, använd löst sittande träningskläder utan skarvade sömmar. Duscha försiktigt direkt efter avslutad träning och använd mjukgörare medan huden är något fuktig.

Personer med psoriasis bör få råd hur de kan komma över eventuella hinder för fysisk aktivitet såsom att visa hudförändringarna i offentliga sammanhang.

• Förebygga andra sjukdomar vid psoriasis

Den rekommenderade dosen av aerob fysisk aktivitet vid psoriasis motsvarar de allmänna rekommendationerna för att förebygga andra sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, fetma, typ 2-diabetes vilka är vanligt förekommande vid psoriasis.

Komplettera även med muskelstärkande fysisk aktivitet enligt de allmänna rekommendationerna.

• Läs mer

Mer om rekommendationerna, rådgivning och riskbedömning finns att läsa i introduktionstexten till del 2 i FYSS och i aktuellt kapitel.

* Måttlig intensitet: 40–59 % VO₂max, RPE 12–13. Hög intensitet: 60–89 % VO₂max, RPE 14–17.
++++: Starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +++++), +++: Måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +++), ++: Begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka ++), +: Otillräckligt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +).

aktiviteter, smärtor/obehag och ångest/depression [27].

Kombinationen av värdena för PASI, DLQI och EQ-5D är unik för varje person och kan ligga till grund för en individualiserad uppföljning. Det nationella kvalitetsregistret för systemisk behandling av psoriasis (PsoReg) följer majoriteten av personer med måttlig till svår psoriasis i Sverige. En undersökning i PsoReg bekräftade att dessa tre mått skattar olika dimensioner [28]. Mellan EQ-5D och DLQI, som mäter olika aspekter av livskvalitet, förelåg ett måttligt samband. Även mellan DLQI och PASI var sambandet måttligt, medan EQ-5D bara hade en svag korrelation med PASI. Framöver ska det också vara möjligt för personer med psoriasis att ha direkt tillgång till en PsoReg-modul, som då kan vara en hjälp i uppföljningen av sjukdomsaktivitet och livsstil.

Barriärer för fysisk aktivitet

Det kan finnas problem/trösklar för fysisk aktivitet för personer med psoriasis. Det har visats att 40 procent av personer med psoriasis undviker idrott, 64 procent undviker offentliga omklädningsrum, 64 procent undviker shorts eller tröjor med kort ärm och 12 procent undviker att lämna hemmet [29]. Personer med psoriasis bör få råd om hur de kan komma över dessa barriärer och bli mer fysiskt aktiva.

Författare

Marcus Schmitt-Egenolf, professor, dermatolog, folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, Umeå

Frida Mathisen, master i hälsopsykologi, legitimerad fysioterapeut, Senter for helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (HEMIL-senteret), Universitetet i Bergen, Bergen

Bente Wold, professor, legitimerad psykolog, Senter for helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (HEMIL-senteret), Universitetet i Bergen, Bergen

Referenser

1. Church R. The prospect of psoriasis. Br J Dermatol. 1958;70(4):139-45.
2. Hägg D, Eriksson M, Sundström A, et al. The higher proportion of men with psoriasis treated with biologics may be explained by more severe disease in men. PLoS One. 2013;8(5):e63619.
3. Online Mendelian Inheritance in Man. Psoriasis 1. Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 2015. (Ref. forts. på nästa sida)

att motivera personen för fysisk aktivitet. Motiverande samtal är en lämplig teknik, med särskild inriktning på att stärka personens självmotivation för fysisk aktivitet och att utveckla konkreta steg för steg-planer för att öka nivån av fysisk aktivitet. Det är viktigt att utgå från personens konkreta livssituation och den egna föreställningen om möjligheter att bli mer fysiskt aktiv.

Fysisk aktivitet

För uppföljning och utvärdering av grad av fysisk aktivitet hänvisas till kapitlet "Bedöma och utvärdera fysisk aktivitet".

Funktion/kapacitet

Bättre kondition och andra indikatorer på positiva konsekvenser av fysisk aktivitet kan bedömas såsom det beskrivs i kapitlet "Bedöma och utvärdera fysisk aktivitet".

Sjukdomsspecifika markörer och livskvalitet

Måttlig till svår psoriasis är en systemsjukdom som drabbar hela människan, vilket innebär att det behövs flera instrument i uppföljningen [24].

- **PASI, Psoriasis Area Severity Index**, är ett kliniskt mått för att skatta svårighetsgraden av psoriasis på huden uppmätt av sjukvårdspersonal [25].
- **DLQI, Dermatology Life Quality Index**, är det mest använda hudspecifika livskvalitetsinstrumentet som bedömer patienternas hudspecifika livskvalitet under den senaste veckan [26].
- **EQ-5D** är ett generiskt livskvalitetsmått. Det betyder att EQ-5D ska (idealiskt) skatta påverkan av den hälsorelaterade livskvaliteten av alla sjukdomar. EQ-5D är framtagen av EuroQol-gruppen och baseras på fem dimensioner: rörlighet, egenvård, vanliga

4. Lomholt G. Prevalence of skin disease in a population: a census study from the Faroe Islands. *Dan Med Bull.* 1964;11:1-7.
5. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, et al. Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. *Br J Dermatol.* 1997;137(6):939-42.
6. Telfer NR, Chalmers RJ, Whale K, et al. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch Dermatol.* 1992;128(1):39-42.
7. Duvic M, Johnson TM, Rapini RP, et al. Acquired immunodeficiency syndrome-associated psoriasis and Reiter's syndrome. *Arch Dermatol.* 1987;123(12):1622-32.
8. Abel EA, DiCocco LM, Orenberg EK, et al. Drugs in exacerbation of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1986;15(5 Pt 1):1007-22.
9. Naldi L, Peli L, Parazzini F. Association of early-stage psoriasis with smoking and male alcohol consumption: evidence from an Italian case-control study. *Arch Dermatol.* 1999;135(12):1479-84.
10. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J, et al. Alcohol intake: a risk factor for psoriasis in young and middle aged men? *BMJ.* 1990;300(6727):780-3.
11. Frankel HC, Han J, Li T, et al. The association between physical activity and the risk of incident psoriasis. *Arch Dermatol.* 2012;148(8):918-24.
12. Beygi S, Lajevardi V, Abedini R. C-reactive protein in psoriasis: a review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(6):700-11.
13. Lambert J, Bostoen J, Geusens B, et al. A novel multidisciplinary educational programme for patients with chronic skin diseases: Ghent pilot project and first results. *Arch Dermatol Res.* 2011;303(1):57-63.
14. Wilson PB, Bohjanen KA, Ingraham SJ, et al. Psoriasis and physical activity: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(11):1345-53.
15. Vasankari TJ, Kujala UM, Vasankari TM, et al. Reduced oxidized LDL levels after a 10-month exercise program. *Med Sci Sports Exerc.* 1998;30(10):1496-501.
16. Vuorimaa T, Ahotupa M, Irjala K, et al. Acute prolonged exercise reduces moderately oxidized LDL in healthy men. *Int J Sports Med.* 2005;26(6):420-5.
17. Straczkowski M, Kowalska I, Dzienis-Straczowska S, et al. Changes in tumor necrosis factor-alpha system and insulin sensitivity during an exercise training program in obese women with normal and impaired glucose tolerance. *Eur J Endocrinol.* 2001;145(3):273-80.
18. Tsukui S, Kanda T, Nara M, et al. Moderate-intensity regular exercise decreases serum tumor necrosis factor-alpha and HbA1c levels in healthy women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000;24(9):1207-11.
19. Naldi L, Conti A, Cazzaniga S, et al; Psoriasis Emilia Romagna Study Group. Diet and physical exercise in psoriasis: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2014;170(3):634-42.
20. Crane JD, MacNeil LG, Lally JS, et al. Exercise-stimulated interleukin-15 is controlled by AMPK and regulates skin metabolism and aging. *Aging Cell.* 2015;14(4):625-34.
21. Do YK, Lakhani N, Malhotra R, et al. Association between psoriasis and leisure-time physical activity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Dermatol.* 2015;42(2):148-53.
22. Torres T, Alexandra JM, Mendonça D, et al. Levels of physical activity in patients with severe psoriasis: a cross-sectional questionnaire study. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15(2):129-35.
23. Prizment A, Alonso A, Folsom AR, et al. Association between psoriasis and incident cancer: the Iowa's Women's Health Study. *Cancer Causes Control.* 2011;22(7):1003-10.
24. Schmitt-Egenolf M. Hur kan man mäta psoriasis svårighetsgrad? *ReumaBulletinen.* 2015;103(2).
25. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis – oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica.* 1978;157(4):238-44.
26. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19(3):210-6.
27. EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16(3):199-208.
28. Norlin JM, Steen Carlsson K, Persson U, et al. Analysis of three outcome measures in moderate to severe psoriasis: a registry-based study of 2450 patients. *Br J Dermatol.* 2012;166(4):797-802.
29. Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatol Clin.* 1996;14(3):485-96.



Inger Rosdahl utsedd till SSDV:s Hedersmedlem



Inger Rosdahl. Foto: Universitetssjukhuset i Linköping

Inger Rosdahl blev på SSDV:s årsmöte 2017 tilldelad den finaste utmärkelsen som SSDV delar ut, nämligen Hedersmedlemskap. Styrelsen grundade sitt beslut på följande motivering:

"Med engagemang och bredd har hon betytt extra mycket för den dermato-venereologiska specialiteten. Hon är en förebild inom vetenskap och klinisk verksamhet både nationellt och internationellt."

Inger läste medicin i Göteborg och gjorde sin specialistutbildning i dermato-venereologi sedan på Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Av hennes jämnåriga och yngre kollegor vid den tiden är hon ihågkommen som erkänt ambitiös och som ett föredöme på många sätt. Hon var alltid redo att stå till tjänst vid kliniska problem även om det finns de som minns att man kunde någon gång få en blick och kanske en kommentar om att "det här borde du kunna ...". Intrycket av den kliniska

skärpan och uppmuntran till att prestera efter bästa förmåga har många kollegor under årens lopp också haft.

Vid sidan av en tung klinik bedrev Inger ihärdig forskning kring melanom. Detta ledde till en avhandling 1979 med titeln *"The epidermal melanocyte population and its reaction to ultraviolet light"*. Då som senare under sin karriär har Ingers forskning varit av högsta kvalitet och inverkan. Under perioden 1974–1976 forskade Inger på Harvard vid Professor Thomas B. Fitzpatricks laboratorium. Inger blev docent 1989. Hon har bedrivit sin forskning under hela hennes karriär med stor insikt, fokus och effektivitet. Hon har varit, inom sitt forskningsområde, internationellt ledande och hon bidrar fortfarande till ny viktig kunskap.

Inger besitter även en utmärkt berättarkonst – de som har träffat Inger senare under hennes karriär har således ofta fått ta del av det roliga, det dråpliga och det lärorika i hennes erfarenheter från de tidiga åren i Göteborg och Harvard. Inte minst har det uppskattats i Linköping dit Inger flyttade för att ta upp ett lektorat 1993. Inger blev professor 1994 och har varit synnerligen aktiv och produktiv inom flera områden utöver hennes ursprungliga forskningsområden och kliniska verksamhet.

Inger har tagit stora uppdrag inom Linköpings universitetet först som prodekanus för sin Institution och sedan som prorektor. Det känns viktigt att våra specialitetsföreträdare också kan ta dessa bredare roller.

Inger har, till gagn för specialiteten, även axlat roller inom SSDV inklusive ordförandeskapet 1996–1998. Hennes struktur, tydlighet och energi har varit till stor nytta för specialiteten och dess utveckling.

Med den tid som blev tillgänglig i samband med Ingers övergång till tjänsten emeritus professor, vid Linköpings universitet, har Inger kastat sig över nya uppdrag i Nepal, ett land med 30 miljoner invånare men mindre välutvecklade strukturer för sjukvård samt förebyggande. Inger har med sedvanlig inlevelse berättat för oss, som inte själv upplevt det, hur befolkningen har det, vilka utmaningar finns och hur man kan ge sig an dem.

Det är medlemmarnas förhoppning att Inger Rosdahl kommer att fortsätta länge i den roll vi har blivit van att se henne i – och att även ibland få höra henne säga "det här borde du kunna ...".



Chris Anderson

Professor emeritus
Linköpings universitet

Några milstolpar i Inger Rosdahls karriär

1970: Läkarexamen, Göteborgs universitet
1974–1976: Research Fellow, Harvard University
1977: Spec. inom Dermatologi och venereologi
1979: Disputation med avhandlingstitel "The epidermal melanocyte population and its reaction to ultraviolet light", Göteborgs universitet
1989: Docentur, Göteborgs universitet
1993: Klinisk Lektor, Hälsouniversitetet, Linköping

1994: Professor i Dermatologi och venereologi, Linköpings universitet
1996–1998: Ordförande SSDV
2000: V. Dekanus, Hälsouniversitetet, Linköping
2004: Prorektor, Linköpings universitet
2010: Professor Kathmandu Universitet, Nepal
2017: Hedersmedlem SSDV

Annons

Sektionen för venerologis höstmöte

Arligen anordnar Sektionen för venerologi ett höstmöte. I år hölls mötet i Läkaresällskapets anrika lokaler i Stockholm och Hans Gaines, Folkhälsomyndigheten, var inbjuden föreläsare. Bakgrunden till inbjudan är att man har uppdaterat falldefinitionen av syfilis. Man har justerat gränsen mellan tidig och sen syfilisinfektion från 2 till 1 år och följer nu amerikanska och europeiska riktlinjer. Förändringen av definitionen för tidig och sen syfilis kommer att påverka smittskyddsarbetet och anmälan till Smittskyddet. Dock skriver Folkhälsomyndigheten i skriften "Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen" följande: "eftersom syfilis är en så väl ovanlig som inhemsk smitta måste smittspårningen givetvis alltid gå så långt tillbaka att man säkert kan finna smittkällan eller till dess smittkedjan slutar utanför landets gränser".



Denna skrift kan man hitta på <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/falldefinitioner-vid-anmalan-enligt-smittskyddslagen/>.

Hans Gaines berättade vidare att latent syfilis normalt sett inte är särskilt smittsam, men ses som smittsam vid reaktivering. Det finns generellt magert med studier om syfilis. Det är förstas idag inte etiskt möjligt att studera na-

turalförloppet av infektionen utan behandling för en potentiellt farlig infektion. Den mest berömda studien som alltid refereras till, är den så kallade Oslo-studien. Man följde i Norge närmare 2 000 patienter i början av 1900-talet innan penicillin var tillgängligt. En liknande studie finns även från Sydstaterna i USA. I Oslo-studien såg man att ¼ av patienterna fick reaktivering från latent syfilis till sekundär syfilis, varav 90% av recidiven kom inom första året från smittillfället. Därefter kom 4% av recidiven inom 2 år, 3% inom 3 år, 2% inom 4 år och 1% inom 5 år. Detta stärker också beslutet att ändra tiden från 2 år till 1 år.

Ändringen kommer att medföra att även behandlingen anpassas till internationella riktlinjer; primär, sekundär och tidig latent infektion med smitta inom 1 år skall behandlas med en injektion långverkande penicillin. Självklart kommer man även fortsättningsvis att hitta fall av sena syfilisinfektioner med negativ VDRL/RPR, och dessa infektioner skall som tidigare behandlas med tre injektioner av långverkande penicillin. Sena infektioner är dock inte anmälningspliktiga och här kan fast partner erbjudas testning, men smittspårning enligt lagen utförs inte.

Därefter diskuterades även diagnostik och laboratoriemetodiken vid syfilis. Laboratorierna i Örebro och Göteborg är numera referenslaboratorier för denna diagnos. För ett bekräftat, anmälningspliktigt, syfilisfall krävs antingen:

- 1) PCR från såret är positivt (metoden finns endast vid Sahlgrenska, Göteborg).
- 2) Tre olika lab-prover är positiva, vanligen då VDRL/RPR, TPPA samt en chemiluminescens-test t.ex. Architect.

Mer uttömmande information om falldefinitionen kan läsas i Folkhälsomyndighetens skrift (se ovan).

Därefter berättade Petra Tunbäck, dermatovenerolog på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, kort om kongenital syfilis och syfilis under graviditet. Petra är huvudförfattare till syfilis-savsnittet i infpreg: <http://www.medscinet.se/infpreg/healthcareinfoMore.aspx?topic=24>. Vi har inte haft något fall av kongenital syfilis i Sverige på många år. Mellan 2000 och 2016 har 12 fall anmälts i landet, samtliga har dock visat sig vara felaktigt anmälda. Vid primär och sekundär syfilis är smittrisen till barnet 70-100%, den är 40% vid tidig latent och 10%

vid sen latent. Om behandling av mamman sker tidigt i graviditeten, är smittrisen för barnet liten, i alla fall för de latent stadium. Det finns en stor studie på 23 000 barn (Petersen et al, Sex Transm Dis 2013), där man inte såg någon överföring alls om mamman var negativ i VDRL. Dock finns riktlinjer i infreg för hur barnet skall provtas/följas samt i vissa fall behandlas. Bland annat ingår ultraljud och uppföljning med blodprover om mamman behandlas efter vecka 20.

En färsk uppdatering av riktlinjer för syfilis, inklusive handläggning av gravida kvinnor och kongenital infektion, kommer inom kort att publiceras på SSDV:s hemsida. SSDV har givit Sektionen för venerologi i uppdrag att uppdatera riktlinjerna för samtliga STI och detta arbete är nu i det närmaste slutfört. Inom kort kommer behandlingsriktlinjer således att läggas ut för t.ex. klamydia, gonorré, HPV och Mycoplasma genitalium, utöver syfilis.

Resterande del av mötet ägnades "Övriga frågor":

- 1) En minskning av klamydia har setts i Värmland, liksom i Blekinge. Utredning huruvida detta kan ha att göra med aktuell testme-

tod håller på att göras och alla prover med klamydiafrågeställning i dessa områden kommer nu att testas med två olika metoder. På inga villkor vill man vara med om att en oupptäckt, muterad klamydiabakterie får spridning såsom skedde för cirka 10 år sedan.

- 2) PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) diskuteras även. Detta innebär alltså att speciellt utvalda riskpersoner får äta ett HIV-läkemedel kontinuerligt eller vid behov under perioder, för att undvika HIV-smitta. Olafia-kliniken i Norge har börjat med detta och efterfrågan har varit relativt stor. Även en del andra länder kan erbjuda PrEP. Diskussionen har framför allt rört vem som skall stå för kostnaden. Läkemedlet är dyrt, och det skulle påverka klinikbudgeten om kostnaden lades på respektive klinik. Det vore i så fall av stort värde med gemensamma inklusionskriterier. Några mottagningar i Sverige, bland annat Örebro, har i liten skala påbörjat sådan verksamhet, i deras fall tillsammans med Infektionskliniken. Från vårt håll är vi förstås även oroliga att en konsekvens av PrEP blir att andra STI, såsom gonorré och syfilis, då kommer att öka.

- 3) Sedan pratade vi lite om gonorré- och mycoplasmaresistens, speciellt den senare ökar. Liksom PrEP, kommer resistensproblematiken att belysas närmare på utbildningsdagen den 26 januari. Alla intresserade hälsas välkomna! Närmare information kan fås av Hans-Ulrik Stark (hansulrik.stark@liv.se).

För Sektionen för venerologi



Arne Wikström

Docent, sektionschef

Hudkliniken

Karolinska Universitetssjukhuset

1/2-sid annons



Euromelanoma Sverige, en riktig saga!



Jag fick i uppdrag att ta hand om Euromelanoma Day (EMD) Sverige för 5 år sedan och tycker själv att det har varit ett fantastiskt roligt uppdrag, med många förtjusande moment samt självklart enstaka frustrationer under resans gång. Inget år var det tidigare likt och varje år hade sina utmaningar samt sina höjdpunkter. Den största tillfredsställelsen var i alla fall att se EMD växa och bli en referenspunkt på våren både för oss och för gränsspecialiteterna (patologer, kirurger, med flera).

Man kunde se en ökning av antalet erbjudna tider varje år. Men inte nog med det, vi har även kunnat ändra från en dag (måndag) till en hel vecka. Detta har medfört större flexibilitet i systemet samt gett möjligheter för fler mottagningar att styra deras verksamhet på ett bättre sätt. Vi har kunnat visa att det spelar ingen roll om man jobbar privat eller i landstingsregi, vi jobbar alla tillsammans för samma mål och för patienternas bästa. En ökning av antal tider/patienter innebär samtidigt en ändring av våra arbetssätt. För att kunna nå allmänheten på en bredare front med nödvändig information har vi, med hjälp från sponsorer, använt oss av en PR-byrå, Burson Marsteller. De har skapat riktade kampanjer för att få rätt patientgrupp till undersökningarna.

Selfie-kampanj

Under vårt första samarbete kom de med en enkel fast briljant idé: uppmuntra människor att lägga upp och dela bilder av sin nakna rygg – den svåraste delen av kroppen att själv undersöka efter tecken på hudcancer. Spelande på "selfie"-fenomenet skapades en webbplats för att informera om kampanjen, ge råd och sist men inte minst be allmänheten att ta bilder av sin egna eller sin fars (äldre män är svårast att nå med preventionskampanjer) rygg. Allmänhetens #Backies publicerades på olika sociala medier inklusive Instagram. Ungdomar, kändisar, idrottsstjärnor och politiker svarade snabbt på #Backie-kampanjen och den fick en stor inverkan och nådde en stor publik på 3 miljoner personer genom traditionella medier och sociala medier.

SIFO-undersökning

Året efter gjordes en TNS Sifo-undersökning bland den svenska allmänheten kring svenskarnas inställning/kunskap kring hudförändringar. Intervjuerna genomfördes som telefonintervjuer i Sifos omnibuss under vecka 15–16 och 1 238 respondenter deltog i undersökningen. Syftet var att ta reda på mer om hur svenskar ser på, och förhåller sig till solan-

de, att själv undersöka sin hud och att söka läkare för hudförändringar. Resultaten visar att män generellt utsätter sig för större hudcancerrisk än vad kvinnor gör. Tre av fyra män undersöker inte själva sin hud regelbundet och tre av fem män har aldrig besökt en läkare för att få en hudförändring kontrollerad. Några av de vanligaste anledningarna till att män väljer att inte undersöka sig är att de inte tror att de ska drabbas, att de inte orkar eller att de inte bryr sig. Undersökningen visade också att fler män vistas utomhus i arbetet, men att endast 18 procent av män över 65 år alltid smörjer sig med solskyddsfaktor. Undersökningen belyste på ett bra sätt svenskarnas attityd mot solen, d.v.s. vi vet att i stora mängder är strålningen farlig men "det drabbar inte oss".

Kampanj: kom ihåg Skuggan

Sista året gick kampanjen ut på att komma ihåg Skuggan och göra den till en vän. Skuggan är både vår följeslagare och beskyddare och under 2017 skapade Skuggan nyfikenhet och intresse för Euromelanomaveckan med humor och glimten i ögat. Han sökte upp människor i sociala medier och på gatan, d.v.s. han var där vi var (eller bättre beskrivet: han var där solen var). Skuggans tweets visades 11 200 gånger under Euromelanomaveckan och kampanjen fortsatte även efter Euromelanomaveckan och tweetsen visades nästan 22 000 gånger totalt (av olika användare) under sommaren 2017. Under flera tillfällen anordnades



Enkelt sätt att hålla sig i skuggan, trots att man vill ta en strandpromenad.

Anmäl din klinik till nästa års Euromelanomavecka!



SSDV:s Sektion för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO) bjuder årligen in samtliga hudkliniker i Sverige (såväl inom offentlig och privat sektor) att delta i Euromelanoma Vecka. Euromelanoma är en europeisk satsning för att förebygga och tidigt upptäcka malignt melanom och andra former av hudcancer.

Håll utkik på vår hemsida – www.euromelanoma.org/sweden – för information om vad som gäller för nästa års Euromelanomavecka, så du och din klinik kan vara med.

aktiviteter på stan i Stockholm där informationsmaterial delades ut till allmänheten. Materialet bestod både utav en omfattande broschyr med självhjälps-tips, och klisterlappar med en QR-kod och ikoner för hur man kan skydda sig mot solen med huvudbudskapet "Du har bara en hud" (se inledningsbild). Aktiviteterna mottogs väl, ofta med lite glad förvåning och diskussion om varför Euromelanoma-initiativet var viktigt.

Utvärdering av 2017

Vad gäller år 2017 i siffror ser vi fortfarande en ökad prevalens av kvinnor i patientklientelet på 67,9%, medan medianålder oavsett kön hamnade på 51 (min 0, max 114). Hög utbildning är som tidigare överrepresenterat med 58,2% med universitetsutbildning. Vad gäller hudlesioner bedömdes det att 12,4% hade "dysplastiska nevi" enligt den i frågeformuläret angivna definitionen och antal melanom hamnade på 59 (1,9% av de screenade individerna). Som vanligt fanns det förstås även en del basalcellscancer (5,5%), skivepitelcancer, aktiniska keratoser, seborroiska keratoser, etc.

Dags att gå vidare

Nu är det dags för mig att lämna uppdraget och gå vidare. Jag kunde inte ha varit gladare när jag fick veta att min efterträdare är en otroligt duktig och ambitiös kollega, nämligen Åsa Ingvar, specialistläkare på Hudmottagningen, Skånes Universitetssjukhus, Lund. Jag är helt övertygad om att saker och ting kommer att bli bättre och smidigare i framtiden. Jag vill sluta med att TACKA er alla som år efter år lägger stora mängder av entusiasm, tid och pengar för att delta i Euromelanomakampanjen! Jag kunde inte ha genomfört den utan er! Tack för mig och till Åsa ett varmt lycka till!



Ada Girnita

Överläkare, Patientflödeschef,
Centrum för hudtumörer, Tema Cancer,
Karolinska Universitetssjukhuset

Annons

Sektionen för venerologi

inom Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venerologi (SSDV)

Inbjudan till Venereologisektionens utbildningsdag 2018

Tema: *What's new inom venerologi*

Datum/tid: Fredag den 26 januari 2018, kl. 09:00-16:00. Registrering från kl. 08:30

Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm

Avgift: Medlemmar; 900 kr inkl. för- och eftermiddagsfika samt lunch
Ej medlem; 1.300 kr inkl. för- och eftermiddagsfika samt lunch

Anmälan: Till sektionens kassör, e-post: karinofelix@gmail.com

OBS! Inbjudan går i första hand ut till sektionens medlemmar. Finns platser kvar lämnas dessa över till andra intressenter.

Antalet platser är begränsat av brandsäkerhetsskäl (200 st. totalt), och platserna fördelas i turordning. Överbokningar kan ej göras.

Betalning sker mot faktura som skickas ut per e-post efter inkommen anmälan, vilket innebär bekräftelse på erhållen plats.

Anmälan är bindande. Kan du inte komma, försök hitta en ersättare, eller kontakta kassören snarast; det finns reserver som vill ha överblivna platser.

Se program nästa sida.



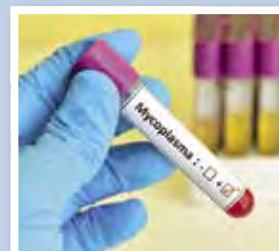
Program

Venereologisektionens utbildningsdag

Stockholm 26 januari 2018

Tema: *What's new inom venerologi*

- | | |
|---------------------|--|
| 08.30 – 9.00 | Registrering samt kaffe & smörgås |
| 09.00-09.10 | Introduktion (<i>Arne Wikström, ordförande</i>) |
| 09.10 -10.00 | PrEP för HIV: aktuellt läge i Sverige
<i>Finn Filén, Venhälsan, SÖS</i> |
| 10.00-10.30 | Kaffe och frukt |
| 10.30-11.15 | Pelvic inflammatory disease – PID
<i>Carina Bjartling, SUS, Malmö</i> |
| 11.15-12.00 | What's new om Neisseria Gonorrhoeae
<i>Magnus Unemo, Örebro</i> |
| 12.00-13.00 | LUNCH |
| 13.00-13.45 | Mycoplasma genitalium: var står vi för närvarande
gällande diagnostik och behandling
<i>Jørgen Skov Jensen, SerumInstitutet, Köpenhamn</i> |
| 13.45-14.30 | Antibiotikaresistens – <i>Stephan Stenmark, Umeå</i> |
| 14.30-15.00 | Kaffe och mingel |
| 15.00-15.45 | Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige (Ungkab15)
<i>Anna Chuchu Schindele, Folkhälsoinstitutet</i> |



**Varmt välkomna
Styrelsen**

Annons

Skriet från operationssalen

Förmiddagens operationsmottagning bjöd på en trevlig överraskning då ett bekant namn dök upp på patientlistan. Till min förvåning insåg jag att det näst på tur stod en gammal barndomsvän, lät oss kalla honom Jörn. Jörn var något år äldre än jag – enligt tillförlitliga vittnesmål upplyste han mig en gång pedagogiskt att min trasiga leksaksbil uppenbarligen var en kapitalistbil – och jag följde honom sannolikt med viss beundran tills hans föräldrar skiljdes och han flyttade till en annan stad. Nu hade det säkert gått åtminstone trettio år sedan vi överhuvudtaget sågs, reflekterade jag medan operationssalen färdigställdes.

Det blev ett glatt återseende. Han var sig märkvärdigt lik efter alla dessa år och jag fick till och med en kram, vilket i barndomen

knappast hörde vanligheterna till. Jörn verkade mindre förvånad över att se mig och obekymrad inför ingreppet, vilket visade sig handla om en excision av en mindre lesion på thorax framsida. Operationstiden var väl tilltagen och i gammal vänskaps anda erbjöd jag mig att även ta bort en uppenbart benign förändring på magen som Jörn i förbifarten nämnde att han inte skulle sakna. Min gamle kamrat lade sig till rätta på bordet och fick operationsområdet rengjort medan jag spritade mina händer och drog på de sterila handskena. Allt var redo för ingreppet.

En egenhet för denna mottagning var att det fanns inte mindre än tre sköterskor i vår lilla operationssal, men än märkligare var väl faktiskt att jag egentligen inte arbetat med någon

av dem tidigare. Uppenbarligen hade de dock ögonen med sig, då en av dem med viss skärpa uppmärksammade att jag var osteril. Tydligt hade jag på min väg mot operationsbordet strukit handen mot bänken intill handfatet. Operationen kunde onekligen ha börjat bättre. Med en självironisk kommentar ursäktade jag mig och återvände till handfatet för att ånyo sprita händerna och byta handskar.

Jörn log något skälmaktigt när jag åter stegade mot operationsbordet, men knappt var jag framme innan en av sköterskorna förargat ropade till. Inte nog med att båda mina händer var osterila, jag hade dessutom obetänksamt hunnit lägga den ena på operationsduken och den andra på den sterila instrumentkorgen. Sköterskorna suckade och muttrade medan de slet bort den kontaminerade duken och började leta i skåpen efter en ersättningskorg.

Missnöjet i salen var påtagligt och Jörn tittade undrande i taket medan väggklockan tickade. Själv mumlade jag fram ännu en ursäkt och vände brydd åter mot handfatet. Att upprepa ett sådant nybörjarmissstag och orsaka allt detta extraarbete var illa nog. Mer bekymmersam var dock insikten att jag inte riktigt kunde sätta fingret på hur jag lyckats bli osteril denna andra gång. När misstaget bryskt påpekades blev jag så överrumplad att jag inte kom mig för att fråga hur det gått till och att göra det i efterhand hade bara känts än mer bortkommet. Bäst att svälja förtretet och spela med, tänkte jag medan jag för den tredje gången drog på mig sterila handskar. Var jag mer distraherad av barndomsminnen än jag trodde? Jag började ångra mitt löfte att excidera ytterligare en förändring.

Med ett djupt andetag vände jag mig om. Sköterskornas närmast unisona utrop att jag inte var steril kom halvt om halvt förväntat och jag hörde mig själv frustrerat och illa formulerat fråga vad de menade, men ingen lyssnade. Deras irritation hade nu närmast en högljutt road underton då mina häpnadsväckande tillkortakommanden öppen hjärtigt avhandlades. I blindo famlade jag efter något att anföra till mitt försvar då någon plötsligt påpekade att det var dags för lunchrast. Jag var på väg att börja protestera men en titt på väggklockan bekräftade bara att tiden verkligen runnit iväg under mina nesligen misslyckade försök att komma igång med ingreppet. Snart var jag och Jörn på sitt operationsbord ensamma i salen.



Den berömda målningen "Skriet" av Edvard Munch.

Foto: Wikipedia

Ett tämligen besvärat leende spelade flyktigt över Jörns ansikte när jag tafatt beklagade dröjsmålet. Genom fönstret kunde jag tvärs över korridoren se hur sköterskorna åt lunch under en uppenbart livfull diskussion i personalrummet. Själv kände jag ingen matlust och sneglade åter mot klockan. När denna operation väl avklarats skulle resten av operationsmottagningen vara ohjälpligt försenad. Trevande försök till kallprat bröts upp av allt längre, obekväma tystnader.

Då jag med en uppgiven gest höjde mina händer över huvudet var de prydda av ett fjärde par handskar. En av sköterskorna hade just med vän stämma och ett illmarigt leende anmärkt att jag åter var osteril och jag gick fram till Jörn för att ursäktas att det helt enkelt inte var möjligt att operera honom idag då dörren bakom mig plötsligt öppnades. Till min förvåning fick jag se hur en handfull vagt obekanta kollegor myndigt klev in i salen. En av dem – som jag någonstans tyckte mig identifiera som en öron-näsa-halsläkare – trängde sig utan att ägna mig en blick fram till operationsbordet där han med eftertryck beklagade för Jörn hur han blivit behandlad men underströk att det nu var slut med det.

Jörns ansikte bar ett stumt, närmast uttrycksöst drag när han hjälptes på fötter. Själv stod jag villrådig. Sköterskorna började ljudligt städa undan medan kollegorna vid dörren sin-

semellan inlevelsefullt kommenterade situationen. Hur handfallen jag än kände mig var det uppenbart att jag oåterkalleligen förlorat initiativet och då Jörn omhändertagande leddes ut från salen var mitt enda kvarvarande hopp att åtminstone avsluta med något mått av värdighet.

”Jörn? Får jag byta några ord?”, försökte jag vid dörren.

Med ett närmast tårögt, sårat ansiktsuttryck gav han mig en kort blick då han passerade.

”Nej, det får du inte”.



Petter Bengtsson

ST-läkare, Hudkliniken
Universitetssjukhuset Örebro
f.n. randande på
Plastikkirurgiska klinkiken, USÖ



Grattis till genomförd EU examen!

SSDV:s stipendium för utförd EU-tentamen 2017 har tilldelats Åsa Ingvar, specialistläkare, SUS/Lund

Lycka till från SSDV!



Ansök om SPIRA-stipendium 2018



STIPENDIUM FÖR VÅRDUTVECKLANDE INSATSER FÖR PERSONER MED PSORIASIS OCH HIDRADENITIS SUPPURATIVA (HS)

För femte året i rad har AbbVie i samarbete med SSDV glädjen att dela ut SPIRA-stipendiet för vårdutvecklande insatser inom psoriasis och HS. Syftet med stipendiet är att främja och belöna insatser som förbättrar vården för personer som lever med psoriasis eller HS. Genom att stimulera till nya idéer vill vi uppmärksamma och uppmuntra vårdpersonal att hitta nya sätt att utveckla omhändertagandet av dessa grupper.

Eftersom projekt/studier som belönas syftar till att skapa ett förbättrat omhändertagande av patienten kommer företrädare för olika delar av vården bl.a. Psoriasisförbundet, sköterska, läkare och specialistförening att delta i arbetet med att utse vinnande stipendiater.

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

http://ssdv.se/images/SpiraFolder_Ansokan_2018.pdf

Sista ansökningsdag är den 8 april 2018.

Den totala stipendiesumman på 150 000 kronor kommer att fördelas mellan 1 till 3 stipendiater enligt kommitténs bedömning och delas ut vid SSDV:s vårmöte 2018 i Linköping.

Stipendiaterna presenterar resultat från projekten/studierna i samband med SSDV:s vårmöte 2019 samt i SSDV:s tidskrift Dermatologi & Venereologi.



Dags att söka DCH-stipendiet 2018

Diagnostiskt Centrum Hud utlyser åter två stipendier à 25 000:- avsedda att stimulera till vidareutbildning. Stipendiet kan till exempel användas för en kurs, studieresa eller auskultation och ska leda till att en ST-läkare eller nybliven specialist (<1 år efter specialistexamen vid tidpunkten för ansökan) kan utvecklas vidare, antingen bredda eller fördjupa sin kompetens.

Sökanden skall vara medlemmar i SSDV. Det kan vara inom så vitt skilda kompetensområden som hudkirurgi, ledarskap, systemsjukdomar, dermatoskopi, etc. Med din ansökan får du motivera varför just du bör få stipendiet och på vilket sätt den tänkta vidareutbildningen kommer att leda till kompetensutveckling.

Sista ansökningsdag: 1 mars 2018

Mer information: <https://ssdv.se/stipendier/dch-stipendiet>

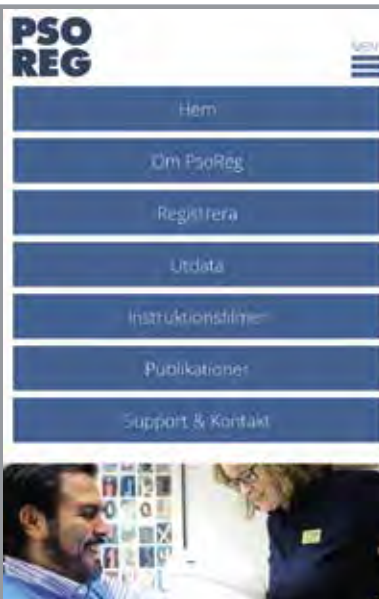


Dags att nominera personer till Heders- medlem samt till Pedagogiskt pris!

Tacksam få era förslag till **Hedersmedlemmar** samt kandidater till **Pedagogiskt pris** 2018. Ge motiveringar till era nomineringar.

Nomineringarna skall vara oss tillhanda senast **vecka 9, 2018** och skickas in till info@ssdv.se. Beslut tas av SSDV:s styrelse.

Diplom i båda dessa kategorier utdelas på SSDV:s Vårmöte i Linköping i maj 2018!



Nyheter från PsoReg

PsoReg:s nya hemsida för allmänheten

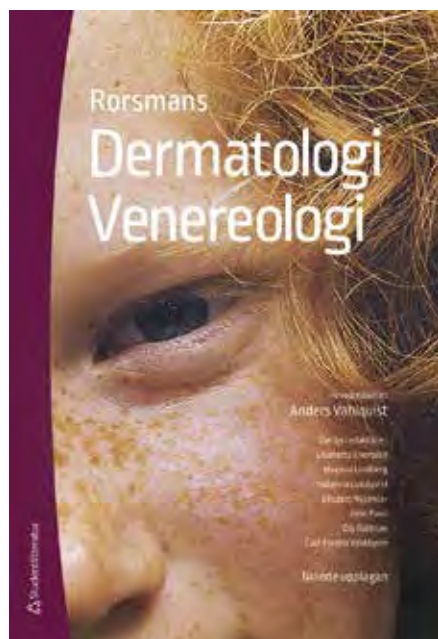
PsoReg har nu en offentlig hemsida, www.psoereg.se, som är tillgänglig utan inloggning. Här finns bland annat instruktionsfilmer samt en länk till inloggningssidan, www.psoereg.org.

Anslutning till PsoReg

Privata vårdgivare som vill ansluta sig till PsoReg kan kontakta Gunnar Nyman via mail: nyman@cutis.nu, som har åtagit sig att kommunicera med er som ännu inte har börjat registrera era patienter. Gunnar kan även besöka er enhet om sådant önskemål finns.

Samma typ av uppdrag inom den offentliga vården har Ewa Wallin, som ni kan kontakta via mail: ewa.wallin@skane.se.

Annons



Nya omslaget till nionde upplagan av Rorsmans Dermatologi Venereologi.

Rorsmans lärobok i dermatologi och venereologi: En ny upplaga på G

En nionde upplaga av ovanstående lärobok kommer att vara tillgänglig kring årsskiftet 2017/18. Därmed fullföljs en 45-årig tradition som startades av Professor Hans Rorsman. Vi som uppdaterat och omarbetat de två senaste upplagorna är 8 stycken utbildningsintresserade dermato-venereologer representerande alla 7 studieorter och "alla" specialinriktningar inom vår specialitet.

Omslaget till boken känns delvis igen sedan tidigare upplagor. Nyheter i den 9:e upplagan, förutom alla uppdateringar av texten, är en rad nya figurer med alltifrån schematiska bilder i färg (se exempelvis bild 2) till illustrativa kliniska bilder (exempelvis bild 3-4), fler och förbättrade faktarutor, samt förslag till fördjupningslitteratur i slutet av kapitlen.

Vi hoppas att den nya upplagan skall uppskattas av kollegor och blivande läkare!

Uppsala i november 2017



Anders Vahlquist, Huvudredaktör

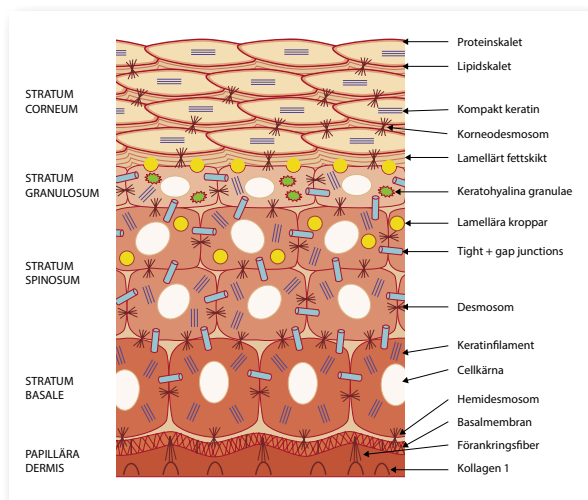


Bild 2: Schematisk bild av epidermis. Skapad av originalare Petra Jönsson

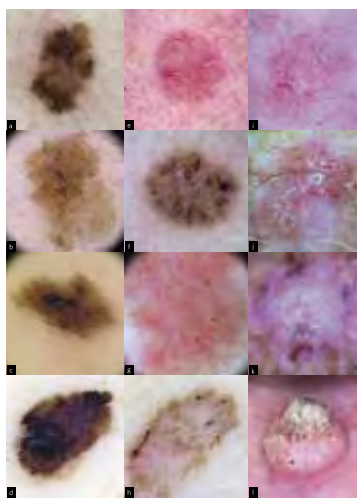


Bild 3: Exempel på nya dermatoskopibilder som finns med i nya upplagan. Foto: John Paoli



Bild 4: Klinisk bild på prurigo nodularis. Foto: Anders Hallén

Skriv i tidningen!

Har du något intressant du vill dela med dig av, någon kurs du gått, något möte/seminarium du varit på, eller har något att berätta från din arbetsplats?

Tveka inte – skriv och lämna ditt bidrag till tidningen.

Text och eventuella högupplösta bilder skickar du till redaktionen:

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se eller john.paoli@vgregion.se



Många akuta sjukvårdsbesök skulle kunna undvikas av personer med kroniska nässelutslag

En observationsstudie med skandinaviska patienter som besväras av långvariga nässelutslag (kronisk urtikaria) visar att majoriteten av besök på akuten till följd av sjukdomen kan undvikas. Syftet med studien var att undersöka en rad parametrar som exempelvis användningen av sjukvårdsresurser och sjukdomsbördan hos patienterna. Resultatet efter ett år visar att strukturerad sjukdomsuppföljning minskar sjukdomens negativa påverkan på patienternas arbetsförmåga.

Under den europeiska dermatologikongressen EADV, presenterades ettårsdata från en subgrupp med skandinaviska patienter i den globala studien AWARE.

Kroniska nässelutslag var länge en förbisedd sjukdom och studier visar att drabbade personer påverkas betydligt av sin sjukdom i det dagliga livet. Sjukdomen ger symtom som stark klåda vilket leder till oro och svårigheter att sova. Detta i sin tur ger andra konsekvenser som påverkan på livskvalitet, ekonomi och ett ökat behov av sjukvård.

Syftet med AWARE-studien är att undersöka hur befintliga behandlingsalternativ används, hur livskvalitet, arbetsförmåga och samexisterande sjukdomar påverkas hos den som lider av kroniska nässelutslag. I studien dokumenterades också vilka behandlingsalternativ som användes till patienter som inte svarar på den rekommenderade förstahandsbehandlingen med antihistamin.

Vid AWARE-studiens början dokumenterades hur många gånger patienterna sökt vård på grund av nässelutslag föregående år: 28 procent av patienterna hade sökt akut vård och 14 procent hade lagts in på sjukhus på grund av sjukdomen. Resultatet efter ett år visade att ingen av patienterna hade sökt akut vård eller lagts in på sjukhus. Även patienternas arbetsförmåga dokumenterades med ett självskattningsformulär som visade att sjukdomens negativa påverkan på arbetsförmågan minskade med 31 procent.

Källa: Novartis, 18 september 2017



Urtikaria.

Foto: John Paoli



Häromdan – Jan?

(Mel. "Vad har du i fickan Jan?" - Hasseå Tage)

Recitation Minns ni klassiska vardagslunken
då allt gick sin gilla gång?
(Jan) Den blev passé och unken
istället ska allt ske med språng.
Då tog saker sin tid att ordna,
allt gick ändå som en dans,
nu ska vi alla va' me' och på tårna
och rytmiken den saknar sans -
som att jämföra styrdans med rave,
alla luktar svett och ingen after shave!

Jan Bland alla sällskapsdanser är det tango
(prat- som kan få mig varm – med sin kyska charm
sång) det blir lätt tätt och hett - när man sätter sprätt,
tacka vet jag tango!
Jag klämmer om figuren på min brud
vi svettas hud mot hud - med undertryckta ljud
Men när som bäst jag mår, jag tänker på igår
och brevet som jag ej förstår:

Q Vad gav du till flickan Jan
(sång) när du var ute på stan
när du svinga ditt spö
kanske stänkte du frö
från din otäckta kran?
Vad har du i fickan Jan
är det en hetsig kumpan
frestad på natten, men krokad och slak frampå dan?

Kören Han är en eldig och kramgo kavaljer
(recit.) han böjer sig och ler, han klämmer mer och mer
Potent, pigg och rask – slingrar som en mask
känner sig som Rambo!
Blodet rinner hett som fotogen – han är en farlig en
han tricksar med sitt ben

Jan Men när som bäst jag mår, framför mig skriften står
(pratsång) frågan som jag ej förstår:

Q Vad gav du till flickan Jan
(sång) när du var het häromdan
när du fortsatte knö'
på din uppvärmda mö
med ett oklätt organ?!
Med en kådis i fickan Jan
hade du sluppit mitt span
skyddad för natten och dessutom sluppit få barn!



Välkomna till...

SSDV:s vårmöte i Linköping 30 maj - 1 juni 2018



Vrinnevisjukhuset i Norrköping.



Universitetssjukhuset i Linköping.



Landskapsblomma Blåklint.



Tage Danielsson.



Första rondellhunden!



Konsert & Kongresshuset i Linköping.



Dermatoskopi Quiz

Fall:

I detta nummer av D&V vill jag be er tycka till om följande lesion som hittades på bröstkorgen hos en 47-årig kvinna som sökte för en allmän kontroll av hennes nevi.

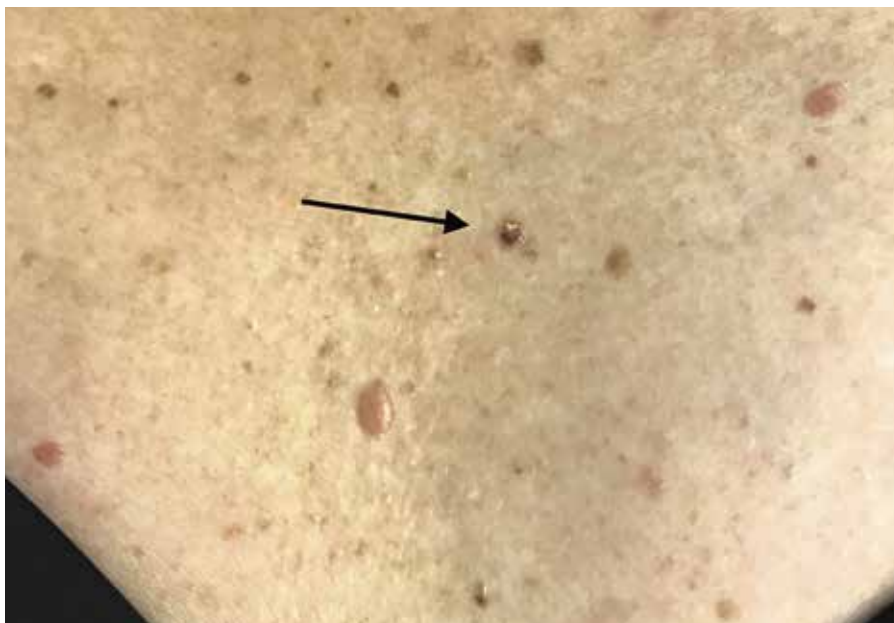
Skicka gärna era diagnosförslag på fallet via mail till: john.paoli@vgregion.se. Facit får ni som vanligt i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de duktiga dermatoskopister som klarar denna quiz.

John Paoli

Överläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Maila in ditt svar till: john.paoli@vgregion.se

senast 8 januari 2018



Annons

Annons

Dermatoskopi Quiz – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 11 • 3/2017

Fall 1:

I Dermatologi & Venereologi nummer 11 presenterades två fall. Första fallet skickades in av **Emanuela Micu** och **Napoleon Kentarchos** från Vrinnevisjukhuset i Norrköping och gällde en 75-årig man som sökte för en lesion på höger flank som hade uppstått relativt nyligen.

Facit:

Dermatoskopibilden visar ett typiskt pigmentnätverk till vänster men ett negativt nätverk i resten av lesionen. Ett negativt nätverk kan beskrivas som ett kullerstensmönster med vita linjer runt bruna globules som endast täcker en del av lesionen. PAD visade ett **invasivt malignt melanom med Breslowtjocklek 1,0 mm**.

Korrekt svar skickades in av **Jevgenija Smirnova**, ST-läkare, Centralsjukhuset Karlstad. Bra jobbat!

Tack till alla andra som skickade mig deras diagnosförslag!

Fall 2:

Andra fallet handlade om en 54-årig rullstolsbunden kvinna med multipla aktiniska keratoser och basaliom tidigare som uppvisade denna lesion med oklar anamnes på vänster underben.

Facit:

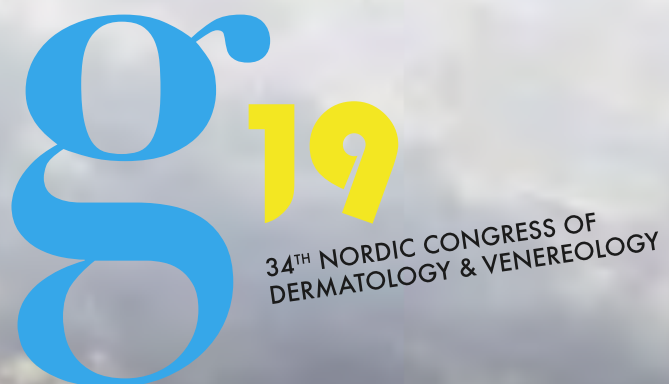
Dermatoskopibilden visade en erytematös lesion med en stor blåaktig homogen struktur och multipla polymorfa kärl. Vissa kärl var punktata, andra var av typen "hairpin" eller "looped vessels", ställvis hittades kommatecken kärl och även förgrenade eller "branched vessels". PAD visade **pigmenterad basalcancerscancer** men självklart var malignt melanom en viktig differentialdiagnos i detta fall.

Ett stort grattis till de två kollegorna som skickade in korrekt svar: **Jevgenija Smirnova**, ST-läkare, Centralsjukhuset Karlstad och **Klas Agerberg**, ST-läkare, Västmanlands sjukhus Västerås

John Paoli

Överläkare, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset





**34TH NORDIC CONGRESS OF
DERMATOLOGY & VENEREOLOGY
GOTHENBURG, SWEDEN • MAY 8–10, 2019**

Welcome to Gothenburg!
www.nordicderm2019.com

NDA NORDIC
DERMATOLOGY
ASSOCIATION



gothenburg

SSDV:s styrelse 2017

**Ordförande**Katarina Lundqvist
(Lund)**Utbildningsansvarig**Josefin Lysell
(Stockholm)**ST-representant**Karim Saleh
(Lund)**Vice ordförande**Ada Girnita
(Stockholm)**Utbildningsansvarig,
suppleant**Desiree Wiegler Edström
(Stockholm)**ST-representant,
suppleant**Nirina Andersson
(Umeå)**Sekreterare**Lisa Alenmyr
(Malmö)**PDF-representant**Hélène Wolff
(Göteborg)**Venereologi-
representant**Arne Wikström
(Stockholm)**Skattmästare**Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Skövde)**PDF-representant,
suppleant**Lena Holm
(Stockholm)**Venereologi-
representant, suppl.**Petra Tunbäck
(Göteborg)**Redaktör,
hemsidesansvarig**Christian Steczko Nilsson
(Örebro)Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli

Agneta Andersson (Uppsala)

RevisorerMats Berg (Stockholm)
Kristofer Thorslund (Stockholm)**Revisorssuppleanter**Margareta Frohm-Nilsson (Stockholm)
Emma Belfrage (Lund)**Representant****Svenska Läkaresällskapet**Katarina Lundqvist (Lund)
Ada Girnita (Stockholm), *Suppleant***Representanter****Praktikerkonsult AB**Ragnar Jonell (Göteborg)
Leif Nordin (Göteborg)**Valberedning**Virginia Zazo (Umeå)
*Sammankallande*Anna Bergström (Uppsala)
Anna Josefson (Örebro)

SSDV:s kalender 2018 - 2019

Dermoscopy course - EADV

2018-01-12 - 2018-01-13

Wien, Österrike

Genodermatoses: Basic and Practical Aspects

2018-01-18 - 2018-01-19

Innsbruck, Österrike

Årsmöte för Venereologisektionen

2018-01-25

Stockholm, Sverige

Utbildningsdag Venereologisektionen

2018-01-26

Stockholm, Sverige

ST-kurs STI

2018-01-29 - 2018-02-02

Örebro, Sverige

Mohs surgery - EADV course

2018-02-03

Bukarest, Rumänien

19:e Vadstena Möte i Dermato-Epidemiologi

2018-03-08 - 2018-03-09

Vadstena, Sverige

Interm. and adv. surgery - EADV course

2018-03-08 - 2018-03-10

Modena, Italien

Nail surgery - EADV course

2018-03-22 - 2018-03-24

Bryssel, Belgien

3rd Nordic Dermoscopy Course

2018-04-05 - 2018-04-06

Göteborg, Sverige

Nails & nail diseases - EADV course

2018-04-05 - 2018-04-07

Bologna, Italien

ST-kurs: Diagnostisk och behandling och ben- och fotsår

2018-04-11 - 2018-04-13

Lund, Sverige

Nationellt handeksemsymposium

2018-04-11

Örebro, Sverige

SSDV:s Västsvenska Dermatologmöte

2018-04-20

Uddevalla, Sverige

2nd Nordic Course

in Virtual Dermatopathology

2018-04-26 - 2018-04-27

15th EADV Spring Symposium

2018-05-03 - 2018-05-06

Budva, Montenegro

SSDV:s Vårnöte

2018-05-30 - 2018-06-01

Linköping, Sverige

5th World Congress of Dermoscopy

2018-06-14 - 2018-06-16

Thessaloniki, Grekland

17th World Congress on Cancers of the Skin 2018

2018-08-15 - 2018-08-18

Sydney, Australien

27th EADV Congress

2018-09-12 - 2018-09-16

Paris, Frankrike

1st World Congress of Confocal Microscopy

2018-10-18 - 2018-10-20

Rom, Italien

SSDV:s Västsvenska Dermatologmöte

2018-11-09

Göteborg, Sverige

34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology

2019-05-08 - 2019-05-10

Göteborg, Sverige

24th World Congress of Dermatology

2019-06-10 - 2019-06-15

Milano, Italien



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