



Norsk forening for  
dermatologi og venerologi

**DEN NORSKE LEGEFORENING**

## Årsmøte Grand Hotel Terminus, Bergen 20.-22. april 2017

### TORSDAG 20. APRIL

|             |  |                         |
|-------------|--|-------------------------|
| 10.00       | Registrering   |                         |
| 11:10-11:15 | Velkomst   | Katarina Zak Stangeland |
| 11:15-11:30 | Introduksjon   | Brita Pukstad           |
| 11:30-12:15 | Epikutantester inkl. fotoepikutantester                            | Bjarte Steinkjer        |
| 12:15-13:15 | Kosmetikk og cosmeceuticals  | Monica Andersen         |
| 13:15-14:00 | Lunsj  |                         |
| 14:00-14:45 | Håndeksem  | Hilde Vindenes          |
| 14:45-15:15 | Bruk av hansker i yrkessammenheng                                  | Cecilia Svedman         |
| 15:15-15:30 | Pause  |                         |
| 15:30-16:15 | Luftbårne kontaktdermatitter                                       | Cecilia Svedman         |
| 16:15-17:00 | Flora og efflorescenser  | Theis Huldt-Nystrøm     |
| 17:00       | Møteslutt  |                         |
| 19:30       | Uformell sosial aften på Hotel Zander K (vis á vis Grand Terminus) |                         |

## FREDAG 21. APRIL

|             |  |  |                          |
|-------------|--|--|--------------------------|
| 08:30-12:00 | Generalforsamling i Norsk forening for dermatologi og venerologi |  |                          |
| 12:00-12:15 | Pause  |  |                          |
| 12:15-12:30 | F1   | PrEP Roll-out på Olafiaklinikken: Våre erfaringer så langt         | Michelle Hanlon          |
| 12:30-12:45 | F2   | Den store imitator   | Knut Christian Lundekvam |
| 12:45-12:55 | K1   | Syfilis i en biologisk tid. En kasuistikk                          | Anne Marte Henriksen     |
| 12:55-13:10 | F3   | Forebygging av anal cancer: Hva kan dermatovenerologer bidra med?  | Anne Olaug Olsen         |
| 13:10-14:00 | LUNSJ  |  |                          |
| 14:00-14:30 | F4   | Årets gjesteforelesning:<br>Basalcellekarsinom – en ulv i fåreklær | Trine Brevig             |
| 14:30-14:45 | F5   | Synkende insidens av hudkreft etter organtransplantasjon           | Mohammad Rizvi           |
| 14:45-14:55 | K2   | Lillebroren til Knerten?   | Hermund Feldborg         |
| 14:55-15:15 | Pause  |  |                          |
| 15:15-15:25 | K3   | 76 år gammel kvinne med akrale hemorragiske bullae                 | Bjørnar Halsør Moen      |
| 15:25-15:40 | F6   | Pyoderma gangrenosum – ikke alltid like enkelt                     | Olav Rogde Gramstad      |
| 15:40-15:50 | K4   | Anabole steroider og acne  | Freddy Hestholm          |
| 15:50-16:00 | K5   | Eldre mann med utslett og kløe                                     | Ingebjørg Larsen         |
| 16:00-16:10 | Pause  |  |                          |
| 16:10-16:20 | K6   | Varulven   | Carl Fredrik von Krogh   |
| 16:20-16:30 | K7   | Hailey-Haileys sykdom og residiverende pannikulitt                 | Torbjørg Dahle           |
| 16:30-16:40 | K8   | Flammen på magen   | Piotr Pawel Slaby        |
| 19:30       | Aperitiff og årsmøtemiddag                                       |  |                          |

## LØRDAG 22. APRIL

|             |   |   |                    |
|-------------|---|---|--------------------|
| 09:00-09:40 | Foredrag av prisvinnere                           |   |                    |
| 09:40-09:55 | F7  | Resultater fra Nor-Switch-studien   | Kåre Steinar Tveit |
| 09:55-10:20 | Pause   |   |                    |
| 10:20-10:35 | F8  | Ett års erfaring med Simulated Daylight PDT   | Jürgen Funk        |
| 10:35-10:50 | F9  | Residiv av BCC etter PDT: histologisk vekstmønster før og etter behandling          | Eidi Christensen   |
| 10:50-11:05 | F10   | Hyperhidrose – en sykdom som krever vår oppmerksomhet?                              | Bjørn Kvammen      |
| 11:05-11:20 | Pause   |   |                    |
| 11:20-11:35 | F11   | <i>TERT</i> -mutasjon i malignt melanom   | Emilia Hugdahl     |
| 11:35-11:45 | K9  | Akutt dermatologi – mer enn toksisk epidermal nekrolyse og Stevens-Johnsons syndrom | Marit Saunes       |
| 11:45-12:00 | F12   | En vanlig dag i Dr. Funks Hudklinikk  | Jürgen Funk        |
| 12:00       | Avslutning og lunsj, som er inkludert i dagpakken |   |                    |

Med forbehold om endringer

# ABSTRACTS

*Under generalforsamlingen:*

---

## **Hudleger vil helst bo i Oslo: Legers karrierevalg etter spesialisering ved Oslo universitetssykehus 2007-2016**

**Petter Gjersvik<sup>1</sup>, Daniel de la Rosa Carrillo<sup>2</sup>, Øystein Grimstad<sup>3</sup>, <sup>1</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, <sup>2</sup>Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, <sup>3</sup>Helse Nord RHF og UiT Norges arktiske universitet, Tromsø**

Bakgrunn: Det er usikkert hvordan tilsetning i LIS-stillinger uten tidsbegrensning vil påvirke rekrutteringen av unge hudleger til avtalepraksis, særlig i Helse Sør-Øst, men erfaringer fra de siste ti årene kan gi et hint.

Materiale og metode: Kartlegging basert på data innhentet fra Legeforeningen, Oslo universitetssykehus (OUS) og Helse Sør-Øst.

Resultater: I tiårsperioden 2007-2016 ble 24 leger godkjent som spesialist i hud- og veneriske sykdommer basert på tjeneste ved OUS. I januar 2017 arbeidet 19 av disse i Oslo og Akershus, enten ved OUS (n=10), i helprivat praksis (n=8) eller i avtalepraksis (n=1). Fem av dem arbeidet utenfor Oslo og Akershus, enten i helprivat praksis (n=3), avtalepraksis (n=1) eller i utlandet (n=1). I perioden 2009-2016 utlyste Helse Sørøst 15 praksisavtaler utenfor Oslo og Akershus, hvorav 12 nå er besatt av hudleger fra utlandet (n=6) eller andre helseregioner (n=3) eller står uten norske søkere (n=3). Tre avtalehjemler er besatt av hudleger med spesialistutdanning fra OUS.

Fortolkning: De fleste hudleger med spesialisering fra OUS velger å forbli i Oslo etter at de er godkjent som spesialist, og nesten ingen søker seg til avtalepraksis utenfor Oslo og Akershus. Hvis denne utviklingen fortsetter, vil LIS-stillingene ved OUS i økende grad være besatt av godkjente hudspesialister og blokkert for leger som vil bli hudlege, ettersom antallet overlegestillinger ved OUS er begrenset.

Litteratur:

1. Gjersvik P, Saunes M, Grimstad Ø. Faste stillinger, færre hudleger. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2244.

---

## **F1: PrEP roll-out på Olafiaklinikken: Våre erfaringer så langt**

**Michelle Hanlon, Olafiaklinikken, OUS og Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførte infeksjoner (NKSOI)**

I oktober 2016 besluttet HOD, i tråd med Helsedirektoratets rapport og anbefaling<sup>1</sup>, at pre-eksposisjonsprofylakse (PrEP) skal tilbys som et supplement i det hiv-forebyggende arbeidet i Norge. Dette er i samsvar med anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon, Det europeiske smittevernbyrået ECDC, Folkehelseinstituttet og Norsk infeksjonsmedisinsk forening<sup>2</sup>. For å sikre en god implementering, og fordi behovet for PrEP er størst i Oslo, ble det anbefalt at tilbudet skulle forankres hos Olafiaklinikken. Det kliniske arbeidet, dvs. PrEP vurderingssamtaler, startet på Olafiaklinikken den 05.01.17. Innen 13.02.17 hadde vi vurdert 36 pasienter.

Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførte infeksjoner (NKSOI) har hatt dialog med Helsedirektoratet i prosessen og påtatt seg å

- utarbeide faglige rammer rundt helsetilbudet
- bidra med veiledning/faglig støtte til helsevesenet for å sikre et likeverdig tilbud
- bidra med veiledning til målgruppen
- gjennomføre en evaluering av implementering av PrEP tilbude, basert på systematisk innsamling av data (evalueringsrapport).

Dette er under utarbeiding. Planlagt innlegg vil inneholde en kort innledning om PrEP, oppsummering av klinisk erfaring og utfordringer vi har opplevd på Olafiaklinikken, samt NKSOI fremskritt så langt.

Målet er å gi kort oppdatering til dermatovenerologer vedr. PrEP slik at de er oppdaterte når det gjelder retningslinjer og gjennomføring av denne behandlingen.

Litteratur:

1. <https://helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-anbefaler-forebyggende-hivmedisin>
  2. <http://legeforeningen.no/fagmed/norsk-forening-for-infeksjonsmedisin/nyheter/faglige-retningslinjer-for-oppfolging-og-behandling-av-hiv-2017/>
-

## **F2: Den store imitator**

**Knut Christian Lundekvam, Olafiaklinikken, OUS og Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførte infeksjoner (NKSOI)**

*Introduksjon:* Syfilis forblir sjeldent i Norge, til tross for økende incidens fra start 2000-tallet. I 2015 ble det diagnostisert 172 nye tilfeller av tidlig syfilis på landsbasis. 78 % av disse var blant MSM. («menn som har sex med menn») (1) Sykdommens mangeartede symptomer gjør at den ikke bare er aktuell for venerologer og infeksjonsmedisinere. Den kan gi manifestasjoner som vil kunne påtreffes i alle medisinske disipliner. (2) Disse vil ikke nødvendigvis vil være lett å koble til en underliggende syfilis infeksjon.

*Sykehistorie:* Kasuistikken omhandler en mann i 40-årene som søkte legekontakt i forbindelse med sykdomsfølelse, genitale og orale sår, samt et utslett. De dermatologiske manifestasjonene ble undersøkt og fotografert. Prøvesvar bekreftet syfilis i sekundært stadium som årsak. Opplysninger om hørselstap i samme tidsrom førte til en bredere gjennomgang fra infeksjonsmedisin og ØNH, som resulterte i en mer langvarig og omfattende behandling.

*Diskusjon:* Med utgangspunkt i kasuistikken tar vi opp klinikk ved syfilis og laboratoriediagnostikk. Vi kommer også inn på syfilis der man kan mistenke nevrologisk manifestasjon, og usikkerhet i diagnostikk og behandlingsvalg.

Litteratur:

1. Gonoré og syfilis i Norge 2015, årsrapport for MSIS tall, Folkehelseinstituttet, publisert på [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
2. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. Ameeta E. Sing, Barbara Romanowski, Clin Microbiol Rev. 1999 Apr; 12(2): 187–209.

---

## **K1: Syfilis i biologisk tid – en kasuistikk**

**Anne Marte Henriksen, Hudavdelingen, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)**

Gift kvinne, 41. Seronegativ RA 18 år gammel. Etter hvert også spondylartritt vellykket behandlet med Methotrexat og etterhvert Cimzia og Benepali frem til oktober 2016. Fra august-16 økende sykdomsfølelse med utslett, febrilia, lymfeknutesvulst og økende infeksjonsparametre. Lungeinfiltrater, lever, tonsiller. I biopsier påvist forandringer forenlig med treponematose.

PET Scan: Lytiske skjellettforandringer. Positiv syfilisserologi påvist og behandling igangsatt med Tardocillin i.m. Spinalpunksjon uten tegn på nevrosyfilis. Tilstanden bedret seg raskt få uker etter behandlingsstart. Billedokumentasjon samt forløp presenteres.

---

### **F3: Forebygging av anal cancer – hva kan dermatovenerologer bidra med?**

**Anne Olaug Olsen, Olafiaklinikken, OUS og Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførte infeksjoner**

Selv om analcancer er en relativt sjelden tilstand, så har epidemiologiske studier vist en bekymringsfull økning de siste årene, spesielt i visse grupper av befolkningen. Her kan man vise til risiko tilsvarende det man så for livmorhalskreft blant kvinner før innføring av cervixcytologisk screening. Begge kreftformene har det til felles at det er forårsaket av et seksuelt overført virus, HPV, og at utvikling til cancer starter med intraepitelial neoplasi som ubehandlet over år vil kunne utvikle seg til invasiv cancer. Som cervix cancer, kan analcancer forebygges gjennom primær- og sekundærforbyggende tiltak.

Anal intraepitelial neoplasi kan oppstå perinanalt og intraanalt. Dette kan avdekkes med målrettet undersøkelse. Det finnes flere ulike behandlingsmodaliteter – både topikale og ablativ.

Nylig har Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging vært ute på høring. Her er ikke skissert klare retningslinjer for forebygging, hvordan de precancerøse tilstander skal følges opp og hvem som skal ta hånd om dette.

HIV-positive og organtransplanterte er blant de grupper med økt risiko. De bør tilbys regelmessig oppfølging, vi dermatovenerologer bør se dette som vår oppgave, men vi bør etterlyse klare retningslinjer – nå! Et forslag basert på internasjonal praksis vil bli luftet.

---

### **F4: Basalcellekarsinom – ulv i fåreklær**

**Trine Brevig, Avdeling for patologi, Rikshospitalet, OUS**

**Hovedbudskap:** Ikke undervurder basalcellekarsinomer fordi det er "benign" kreft.

Basalcellekarsinom (BCC) inndeles i subtyper (nodulær, infiltrerende, osv.) og i lav- og høyrisikotype. De fleste er lavrisikotype og lette å behandle. BCC i høyrisikogruppen kan være vanskelige å behandle, gjelder: ansikt, H-sonen, uklar avgrensning, > 2 cm, rask vekst, residiv, ufullstendig fjernet, aggressiv subtype (infiltrerende/ skleroserende/morfeatype), perinevral vekst, tumor i bestrålte

områder, immunosupprimerte. Prognosen er god når BCC oppdages tidlig og er adekvat behandlet, men tumor er lett å undervurdere og underbehandle og tumor kan da gjøre betydelig lokal skade med høy morbiditet.

**Kartlegg tumor før valg av behandling.** Stansebiopsi gir best tumorinformasjon som subtype og tumortykkelse.

**Residiv av BCC.** Ved residiv sees ofte utvikling av aggressiv vekst. Perinevral vekst kompliserer forløpet og noen pasienter blir aldri tumorfrie. Mange residivpasienter er behandlet med PDT, kryo og/ eller curettage. En del har forhistorie med kirurgi, lappeplastikk og strålebehandling. Residiv må behandles som det de er, høyrisikotumores, slik at man oppnår tumorkontroll. Kirurgi vil for mange pasienter sørge for dette. Residivrisikoen er 50 % ved 3. gangs residiv.

Årsakene til residiv er mange, men en del pasienter kunne vært fanget opp på et tidligere tidspunkt hvis man hadde identifisert pasientene som høyrisikopasienter når residivet erkjennes og behandlet det kirurgisk. Ved residiv må man vurdere tidligere behandlinger/ inngrep, tidsspennet fra første diagnose til residivet og hvor aggressivt tumor vokser i forhold til valg av videre behandling og om pasienten eventuelt skal henvises til plastikk kirurgisk avdeling.

Optimal behandling av pasienter med BCC fører til mindre omfattende inngrep, færre residiv, lavere morbiditet og redusert mengde arbeid og kostnader for behandlingsskjeden.

---

## F5: Synkende insidens av hudkreft etter organtransplantasjon

S. Mohammad H. Rizvi<sup>1,2</sup>, Bjarte Aagnes<sup>3</sup>, Bjørn Møller<sup>3</sup>, Petter Gjersvik<sup>1,2</sup>, <sup>1</sup>Seksjon for hudsykdommer, Oslo Universitetssykehus, <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, og <sup>3</sup>Kreftregisteret, Oslo

**Bakgrunn:** Pasienter som er organtransplantert har betydelig forhøyet risiko for hudkreft, særlig plateepitelkarsinom (SCC), men det er usikkert om risikoen har endret seg de siste tiårene.

**Materiale og metode:** Data på 8026 pasienter som ble nyre-, hjerte-, lunge- eller levertransplantert i Norge i perioden 1968-2012, ble koblet til Kreftregisteret for å identifisere pasienter med hudkreft.

**Resultater:** Standardisert insidensratio (SIR) hos organtransplanterte pasienter, dvs. ratioen mellom observert insidens og forventet insidens i en matchet normalbefolkning, var 51,9 (95% KI 48,4-55,5), 2,4 (1,9-3,0) og 54,9 (27,4-98,2) for hhv. SCC, malignt melanom og Kaposi sarkom. Ujustert SIR for SCC var 102,7 (95% KI 85,8-122,1) hos pasienter transplantert i 1983-87 og sank til 21,6 (16,8-27,0) hos pasienter transplantert i 2003-07. Justert for ulik observasjonstid, samt for organtype, kjønn og alder ved transplantasjon, var SIR for SCC høyest hos pasienter transplantert i



1983-87, for så å falle til under det halve med relativ risiko 0,42 (95% KI 0,32-0,55), 0,31 (0,22-0,42) og 0,44 (0,30-0,66) for pasienter transplantert i hhv. 1998-2002, 2003-07 og 2008-12.

**Fortolkning:** Risikoen for å utvikle SCC etter organtransplantasjon har falt siden 1983-87, men er fortsatt høy. Nedgangen i risikoen skyldes antakelig mindre aggressiv og mer individualisert immunosuppressiv behandling, men tett oppfølging og bedre solvaner blant transplanterte kan også være medvirkende.

---

## **K2: Lillebroren til Knerten?**

**Hermund Feldborg, Hudavdelingen, Stavanger universitetssykehus**

Jente i førskolealder. Tidligere frisk. Ingen kjente familiære hudsykdommer. Kommer til hudavdelingen da hun har merket seg en saktevoksende kul på håndryggen. Etterhvert blitt nokså underlig i utseendet. Kunne dette være den slemme lillebroren til Knerten?

---

## **K3: 76 år gammel kvinne med akrale hemoragiske bullae**

**Bjørnar Halsør Moen, Hudavdelingen, Haukeland universitetssjukehus**

Pasienten har fra tidligere diabetes mellitus type 2, nyresvikt st. 4, hypertensjon og stabile vrangforestillinger. Behandlet for aorta- og mitralendokarditt i 2012. I september -16 utviklet hun vesikler og bullae på føtter. Immobilisert grunnet smerter i føtter. Etterhvert tilkom pustler og hemoragiske bullae på føtter og legger. Ingen tegn til infeksjon eller bulløs pemphigoid. Innlagt i oktober med redusert allmenntilstand, febrilia og høye infeksjonsparametre. Utredet med biokjemiske prøver, bildediagnostikk og senere crista biopsi uten funn av infeksjon eller malignitet. Frapperende effekt av prednisolon, men residiv etter nedtrapping, nå med utvikling av sår og hemoragiske bullae også på hender. Biopsier har vist nøytrofil dermatose.

Litteratur:

1. Cohen PR. Sweet's syndrome--a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. *Orphanet J Rare Dis* 2007; 2:34
2. Weeng RH, Bruce AJ, McEvoy MT, et al.: Neutrophilic dermatosis of the hands: four new cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* 43:95-102 2004
3. DiCaudo DJ, Connolly SM: Neutrophilic dermatosis (pustular vasculitits) of the dorsal hands: areport of 7 cases and review of the literature. *Arch Dermatol.* 138:361-365 2002

---

## F6: Pyoderma gangrenosum – ikke alltid like enkelt

Olav Rogde Gramstad, Hudavdelingen, Oslo universitetssykehus

En 70 år gammel kvinne med kjent pyoderma gangrenosum på underekstremiteter ble lagt inn på hudavdelingen med raskt progredierende sår dannelse i rima internates. Hun stod på behandling med prednisolon 0,35 mg/kg/døgn og ciclosporin A 3,5 mg/kg/døgn. Ved innleggelsen var pasienten i delir, og det fantes hypomagnesemi. Delir opphørte ved å gi magnesiumtilskudd og seponere ciclosporin A. Man doblet prednisolondosen, men observerte da ytterligere sårforverring. Pasienten utviklet også pneumoni. Man fant HSV2 i såret, i blod og i lunger, og blodprøvene viste signifikant hypogammaglobulinemi. Pasienten ble behandlet med høy dose i.v. aciclovir 15 mg/kg x 3 samt i.v. immunglobulin substitusjon (Octagam/IVIG), og man trappet ned prednisolon. Etter vellykket behandling av herpesviremi, startet man TNF-alfahemmer i form av adalimumab, 40 mg annenhver uke.

Pasienten ble skrevet ut i god bedring med plan om å kontinuere adalimumab på ubestemt tid samt IVIG frem til tilheling av sår i rima internates. Prednisolon planlegges seponert etter gradvis nedtrapping over 1-2 mnd. Videre behandles hun profylaktisk med valaciclovir 1000 mg x 2.

Momenter som skal belyses i innlegget:

- Hypomagnesemi sekundært til ciclosporinbehandling
- Herpes simplex som en kompliserende faktor ved PG
- Iatrogen immunsvikt og risiko for herpesviremi
- Behandling av pyoderma gangrenosum og rasjonalet bak vårt valg av behandling i dette tilfellet

Litteratur:

1. Brooklyn TN, Dunnill MGS, Shetty A, *et al.* Infliximab for the treatment of pyoderma gangrenosum: a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Gut* 2006;55:505-509
  2. Cummins, D.L., Anhalt, G.J., Monahan, T. and Meyerle, J.H., Treatment of pyoderma gangrenosum with intravenous immunoglobulin. *British Journal of Dermatology* 2007; 157: 1235–1239.
-

## **K4: Anabole steroider og acne**

**Freddy Hestholm, Hudlege Freddy Hestholm AS**

Det er en velkjent klinisk erfaring at misbruk av anabole steroider kan gi oppbluss av acne. Det er imidlertid bemerkelsesverdig lite informasjon om dette i faglitteraturen. Fenomenet omtales praktisk talt ikke i de store lærebøkene i generell dermatologi, og det foreligger knapt nok noen publiserte studier som belyser problematikken. Jeg vil presentere en kasuistikk, og vil komme med forslag til hvordan disse pasientene skal håndteres.

---

## **K5: Eldre mann med utslett og kløe**

**Ingebjørg Larsen, Hudavdelingen, St.Olavs hospital, Trondheim**

87 år gammel mann, tidligere hudfrisk. Innlegges hud sengepost desember -16 som øyeblikkelig hjelp via hudpoliklinikken grunnet generalisert, kløende utslett og fallerende allmenntilstand. Aktuelle sykehistorie startet omtrent 5 uker tidligere med papuløst utslett på kropp og i ansikt. Utslettet debuterte i samme tidsrom som en KOLS-eksaserbasjon.

Litteratur:

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. Mosby Elsevier; 2008.

---

## **K6: Varulven**

**Carl Fredrik von Krogh, Hudavdelingen, Stavanger universitetssykehus**

Tidligere hudfrisk middelaldrende mann fikk etter Diclocil-behandling mot en ekstern otitt et utbredt eksantem ledsaget av fatigue, leddsmerter og uttalt solømfintelighet. Utslettet residiverte etter eksponering for dagslys både ute- og innendørs, utendørs om netter med fullmåne og etter eksponering for lys fra operasjonslampe til tannlegen. Ingen spesielle funn ved klinisk undersøkelse, biopsier, klinisk kjemiske og immunologiske blodprøver. Lystest utløste raskt flyktig svie, erytem og vabler i UVA-felt. Reaksjonsløse UVB-felt. Belysning med operasjonslampe utløste liknende reaksjon. Lysdermatoser kan være vanskelige å diagnostisere og vi belyser hvordan man kan gå frem.

Litteratur:

1. Solar urticarial. Botto NC, Warshaw EM. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(6):909.
  2. Characteristics and prognosis of idiopathic solar urticaria: a cohort of 87 cases. Beattie PE, Dawe RS, Ibbotson SH, Ferguson J. *Arch Dermatol.* 2003;139(9):1149.
  3. Classification and evaluation of photodermatoses. Yashar SS, Lim HW. *Dermatol Ther.* 2003;16(1):1.
- 

## **K7: Hailey-Haileys sykdom og residiverende pannikulitt**

**Torbjørn Dahle, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus**

Residiverende utbrudd av Hailey-Hailey med påfølgende rødme, hevelse og smerter i ankler/legger samt CRP og SR opp mot 100. Gitt ulike antibiotika på mistanke om erysipelas/cellulitt. Pos. ANA, anti-dsDNA, crithidia positiv. Anemi. Røntgen thorax normalt. Ikke artritt, DVT eller symptomer på kollagenose. Eksisjonsbiopsi viste septal pannikulitt, negativ IF. Mistenkt erythema nodosum som reaksjon på Hailey-Hailey, ev. sekundærinfeksjon eller systemsykdom. CT viste hepatomegali og lett patologiske lymfeknuter. Lymfeknutebiopsi viste ikke lymfom. PET-CT viste økt glukosemetabolisme i skjelett/beinmarg og FDG-avide lymfeknuter i bekken og begge lysker. Histologi av beinmarg ga «sterk mistanke om neoplastisk tilstand, i første rekke myelodysplasi ev. myelodysplastisk/myeloproliferativ sykdom».

---

## **K8: Flammen på magen**

**Piotr Pawel Slaby, Hudavdelingen, Stavanger Universitetssjukehus**

8 år gammel jente, tidligere hudfrisk uten familiær forekomst av hudsykdommer utviklet høsten 2015 asymptomatiske papuløse lesjoner som gradvis konfluerte til et større plakk langs Blaschko's linjer på venstre side av thorax. Tilstanden ble klinisk vurdert som ILVEN og i påvente av biopsisvar ble hun behandlet med med Kalsipotriol 50 µg/Betametason 0,5 mg gel. Tilstanden gikk i remisjon. Både klinisk og histologisk kan tilstanden være vanskelig å skille fra sjeldent forekommende linær psoriasis, som kan forklare god respons av behandlingen.

Litteratur:

1. Böhm, Bieber T, Bauer R. Successful therapy of an ILVEN in a 7-year- old girl with calcipotriol, *Hautarzt*. 1999;50(11):812-4.
  2. Koh MJ, Lee JS, Chong WS. Systematized epidermal nevus with epidermolytic hyperkeratosis improving with topical calcipotriol/betametasone dipropionate combination ointment. *Pediatr Dermatol*. 2013;30(3):370-3.
  3. Ana Brinca, F. Santiago, D. Serra, P. Andrade, R. Vieira, A. Figueiredo. Linear Psoriasis – A Case Report. *Case Rep Dermatol*. 2011; 3(1): 8–12.
- 

## **F 7 Resultater fra Nor-Switch – en multisenter, randomisert, dobbeltblindet, placebokontrollert studie for å undersøke effekt, sikkerhet og immunogenisitet ved administrering av enten biooriginalt (infliximab) og biotilsvarende (CTP-13).**

**Kåre Steinar Tveit, Hudavdelingen, Haukeland Universitetssykehus. Andre bidragsytere: Nor-Switch Study Group**

Bakgrunn/hensikt med studien: TNF-blokkerne har forbedret behandlingen av en lang rekke inflammatoriske sykdommer inklusiv Psoriasis og Psoriasis Artritt. Patentet på mange biologiske preparater er i ferd med å gå ut. Et stort antall biotilsvarende preparater er i ferd med å bli introdusert på markedet. Først ut var CTP-13 som er et biotilsvarende preparat til Infliximab. Fra det norske fagmiljøet innen reumatologi, gastroenterologi og dermatologi var det et sterkt ønske om å få kartlagt om det var trygt å bytte fra originalpreparatet til det biotilsvarende.

Methods: Studien ble designet som en 52 ukers RCT, non-inferiority (inferiority margin 15%), fase IV studie. Pasienter eldre enn 18 år med SpA, RA, PsA, CD, UC or Ps på stabil behandling med Remicade siste 6 måneder ble inkludert. Studien ble gjennomført fra 6. oktober 2014 til 8. juni 2016 hvor 481 pasienter ble randomisert til enten Infliximab (Remicade: 241 pasienter) eller CTP-13 (Remsima: 240 pasienter). Primærendepunktet i studien var sykdomsforverring uavhengig av behandlingsindikasjon.

Results: I foredraget vil de viktigste funnene samlet på alle indikasjoner og for utvalgte indikasjoner bli gjennomgått.

---

---

## **F8: Ett års erfaring med Simulated Daylight PDT**

**Jürgen Funk, Dr Funks hudklinikk AS**

PDT er en anerkjent behandling for aktiniske keratoser, M. Bowen og basaliomer siden det ble godkjent internasjonalt i 2002. Fra 2008 utviklet Prof. Wulf Natural Daylight PDT som har den store fordel at det gir betydelig mindre smerter under belysning. Ulempen er at man er avhengig av regnfrie dager og en minimumstemperatur på + 10 grader, som innskrenker anvendeligheten spesielt i de nordiske land.

Fra 7. januar 2016 startet jeg med Simulated Daylight PDT(SDL-PDT) i min praksis i Moss. SDL-PDT er en innendørs PDT som er CE godkjent og har alle fordeler av Natural Daylight PDT samt at man kan behandle pasienter uavhengig av været og årstid. Det siste året ble over 800 pasienter med aktiniske keratoser i min praksis behandlet med den nye typen PDT og erfaringen viser at den er minst like god som Natural Daylight PDT.

I foredraget vil jeg gjøre rede for de tekniske data, vise kliniske reaksjoner og eksempler og sammenligne tradisjonell PDT, Natural Daylight PDT og Simulated Daylight PDT.

---

## **F9: Residiv BCC etter PDT: histologisk vekstmønster før og etter behandling**

**Eidi Christensen, Hudavdelingen, St. Olavs hospital**

Det er reist spørsmål om fotodynamisk terapi (PDT) kan føre til utvikling av svulster som synes mer aggressive ved residiv (1). Vi har derfor foretatt en undersøkelse av basal cellekarsinom (BCC) som residiverte etter PDT. Biopsier ble tatt før og etter behandling og histologisk bilde fra individuelle svulster er sammenliknet. Hver svulst ble subklassifiseres som ikke-aggressiv (superfisiell og nodulær) eller aggressiv (morfeaform, infiltrerende og infiltrerende i nedre kant) type, basert på histopatologiske vekstmønstre (2). Resultatene er rapportert som prosent og tall. Til sammen ble 60 BCC behandlet hvorav 15 residiverte og 13 ble subklassifisert. Biopsier fra fire av tretten (31%) residiv BCC viste økt aggressiv vekstmønster etter PDT sammenliknet med vekstmønsteret før behandling. Sammenliknet med histologi av primær BCC viste et større antall residiv svulster et aggressivt vekstmønster.

Litteratur:

1. Fiechter S, Skaria A, Nievergelt H et al. Facial basal cell carcinomas recurring after photodynamic therapy: a retrospective analysis of histological subtypes. *Dermatology* 2012; 224:346-351.

2. Saldanha G, Fletcher A, Slater DN. Basal cell carcinoma: a dermatopathological and molecular biological update. *Br J Dermatol* 2003; 148:195-202.
- 

## **F10: Hyperhidrose, en sykdom som krever vår oppmerksomhet? Erfaringer fra 2 års systematisk arbeid i behandling av pasienter med hyperhidrose.**

**Bjørn Kvammen, Hudavdelingen, UNN**

Hyperhidrose er en tilstand som gir stor impact på pasientens livskvalitet. Behandlingstilbudet til disse pasientene i Norge har vært svært mangelfullt i det offentlige helsevesen, og svært ulikt i de ulike helseregioner. Mange pasienter bruker store summer for å få behandling hos private aktører. Hudavdelingen ved UNN har de 2 siste årene forsøkt å systematisere behandlingen til denne pasientgruppen basert på dokumenterte behandlingsmodaliteter. Foredraget vil presentere de ulike behandlingsmetoder og våre erfaringer mht diagnostikk, indikasjon og valg av behandling, påvirkning på pasientens livskvalitet, og økonomiske og ressursmessige implikasjoner.

Botulinumtoxin har en sentral plass i behandlingen ved hyperhidrose, men har også effekt ved en rekke andre hudtilstander. Vår avd har også implementert behandling med botulinumtoxin ved en del av disse, noe som også drøftes i foredraget.

---

## **F11: *TERT*-mutasjon i malignt melanom**

**Emilia Hugdahl, Klinisk institutt 1, UiB. Bidragsyttere: Rita Ladstein, Monica Mannelquist, May Britt Kalvenes, Lars Akslen**

Telomerase reverse transcriptase (*TERT*) mutasjon er nylig vist å forekomme hyppig i malignt melanom, og mutasjonen er tilstede allerede tidlig i tumorutviklingen<sup>1,2</sup>. Vi har undersøkt prognostisk betydning og konkordans av *TERT* mutasjon i parede primære svulster og melanommetastaser.

Materiale og metode: I en serie bestående av 255 nodulære melanom og 78 parede lokoregionale metastaser ble *TERT* mutasjonsstatus analysert med Sanger sekvensering.

Resultater: *TERT* mutasjon ble identifisert i 68 % av primære melanom og 64 % av melanommetastaser. Mutasjonsstatus var diskordant mellom primær og metastatisk tumor i 24 % av tilfellene. *TERT*-muterte melanom tenderte mot å være tykkere, ha høyere mitosetall og høyere pasientalder enn *TERT* villtype melanom, men viste ingen signifikant assosiasjon med redusert overlevelse.

Konklusjon: En fjerdedel av melanomene endret *TERT* mutasjonsstatus under tumorprogresjonen. *TERT* mutasjon var ikke assosiert med redusert overlevelse.

Litteratur:

1. Horn S, Figl A, Rachakonda PS, et al. TERT promoter mutations in familial and sporadic melanoma. *Science* 2013;339(6122):959-61. doi: 10.1126/science.1230062 [published Online First: 2013/01/26]
  2. Shain AH, Yeh I, Kovalyshyn I, et al. The Genetic Evolution of Melanoma from Precursor Lesions. *N Engl J Med* 2015;373(20):1926-36. doi: 10.1056/NEJMoa1502583 [published Online First: 2015/11/13]
- 

## **K9: Akutt dermatologi – mer enn toksisk epidermal nekrolyse og Stevens-Johnsons syndrom**

**Marit Saunes, Hudavdelingen, St.Olavs Hospital**

Kasuistikken omhandler en 59 år gammel mann som ble tilsett på vår poliklinikk på grunn av et generalisert utslett av 2 døgns varighet. 6 timer senere ligger han på intensiv avdelingen med respiratorisk kollaps og multiorgansvikt.

---

## **F12: En vanlig dag i Dr. Funks Hudklinikk**

**Jürgen Funk, Dr. Funks Hudklinikk**

Foredraget er tenkt som et innblikk i en avtalespesialistens hverdag hvor man hyppig ser spesielle dermatologiske kasus utover den daglige rutinen. Foredraget er ment som en stimulering for yngre dermatologer til å velge avtalepraksis. Flere kasus som presenteres tar opp risikoen for kreftutvikling i kroniske sår.