

Patientfall – Bensår

Svea är en 82-årig dam som bor i egen lägenhet. Hon har hypertoni och har haft en stroke med en måttlig kvarstående pares i höger arm. Hon medicinerar med T Klopidogrel 75 mg 1x1, T Losartan 50 mg 1x1 och T Simvastatin 20 mg 1 tn. Svullna ben av varierande grad har förelegat under lång tid och Svea har nu fått bensår sedan 5 månader. Inget tidigare trauma mot benen föreligger. Sedan någon knapp vecka klagar Svea över obehag från såren. Hemsjukvårdens personal har sedan tre dagar uppmärksammat att det luktar och vätskar mer från ett av såren. Det har även tillkommit rodnad, värmeökning och svullnad runt såret. Du är tillkallad för "man" vill att Svea ska få antibiotika. Anhöriga stöter på om såren som man tycker bara blir värre och värre.

Status

AT: Opåverkad. Temp 36,8 grader.

Lokalstatus ben: Varicer på båda benen med bruna missfärgningar i huden och visst ödem. Arteriell doppler tyder på god arteriell cirkulation perifert. Medialt vänster underben ovan malleolen ett 2x2 cm stort sår, dessutom småsår utspridda upp mot knät. Medialt höger underben 2 stycken 3x3 cm stora sår, ett av såren med rodnad, svullnad och värmeökning 2 cm ut från sårkanten, gulsmetig såryta.

Frågor att diskutera

1. Vad är den sannolika orsaken till patientens sår?
2. Vad är det sannolika skälet till att såren försämrats?
3. Har hon en sårinfektion?
 - a. Hur bör den i så fall handläggas?
 - b. Hur bör såret lokalbehandlas under de närmaste två veckorna?
 - c. Finns det skäl till systemisk antibiotika i nuläget?
 - d. När bör systemisk antibiotika användas och hur (preparat, dos, duration)?
 - e. Finns det skäl att ta en odling i nuläget? Vilka är indikationerna för sårodling?
 - f. Hur tar man en sårodling?
 - g. Styr fyndet i odlingen behandlingsalternativen?
4. Bör patienten remitteras vidare med anledning av såren?
5. Behövs det någon ytterligare behandling med anledning av såren?

Handledarmanual – patientfall bensår

1. Vad är den sannolika orsaken till patientens sår?

Svar: Patienten har en venös insufficiens, med bensvullnad och kroniskt inflammatoriskt ödem. Ödembehandlingen har sannolikt varit bristfällig och gett upphov till sårbildning.

2. Vad är det sannolika skälet till att såren försämrats?

Svar: I första hand otillräckligt behandlad venös insufficiens. Ödemen skapar grund för sårbildning som i nuläget komplicerats av en lokal sårinfektion. Sårinfektionen ger upphov till försämrad sårhäkning. Infektionen är således en komplikation som tillstött och inte orsak till såren.

3. Har hon en sårinfektion?

Allmänt: Sårinfektioner av klinisk betydelse är relativt ovanliga i venösa sår. Trots detta förekommer en betydande överanvändning av systemiska antibiotika vid bensår. En orsak till detta kan vara att förändringar i omgivande hud såsom venöst eksem misstolkas som erysipelas.

a. Vilka symtom talar i så fall för en infektion och hur bör den handläggas?

Svar: Svea har sannolikt en lokal sårinfektion. Rodnad, värmeökning, svullnad och ökad sekretion är vanliga symtom i anslutning till bensår men behöver inte betyda att infektion föreligger. Nyttillkomna eller förvärrade besvär med smärta, sekretion och dålig lukt samt svullnad, rodnad och värmeökning runt sårkanterna, kan tala för infektion. Patienten har ingen feber och lokalsymtomen är inte tillräckligt utbredda för att det ska vara en mer allvarlig infektion som begynnande erysipelas.

b. Hur bör såret lokalbehandlas de närmaste två veckorna?

Svar: Lokalbehandlingen behöver intensifieras med tätare (varje 1-3 dagar) omläggningar. Såret rengörs med ljummet vatten och debrideras (vid behov efter smärtlindring).

Hos icke-diabetiker är mekanisk debridering med skalpell, kyrett, sax och pincett att föredra i behandlingen av sår med nekrotisk vävnad. OBS! torra nekroser vid arteriella sår bör inte avlägsnas. För diabetiker krävs varsam sårvård och de kan därför behöva remitteras vidare.

I utvalda fall kan kaliumpermanganatlösning/bad (riklig sekretion) eller ättiksyrelösning (riklig växt av pseudomonas, se även nedan under 3g) i samband med omläggningen vara aktuellt.

En skyddsbarriär runt sårkanterna i form av vätskeavstötande salva (t ex zinkbaserad) är viktig. Om antibakteriella medel/förband (t ex jod) används, ska effekten alltid utvärderas efter 14 dagar.

Längre behandlingstid krävs sällan. Lokal antibiotikabehandling bör inte användas.

Om intensifierad lokalbehandling inte haft effekt efter ca 14 dagar eller vid försämring, kan systemisk antibiotika övervägas. Den bör i så fall föregås av odling.

c. Finns det skäl till systemisk antibiotika i nuläget?

Svar: Nej, inte ens efter eventuell odling med signifikant fynd. Det är lokalsymtomen och allmäntillståndet som styr behovet av antibiotikabehandling. Vid signifikant odlingsfynd bör en ny snar bedömning av såret och patientens allmäntillstånd göras innan eventuell antibiotikabehandling sätts in.

d. När bör systemisk antibiotika användas och hur (preparat, dos, duration)?

Svar: Vid utebliven effekt efter 14 dagars lokalbehandling eller ytterligare försämring av lokalstatus och/eller tillkomst av feber (med såret som sannolikt fokus) är systemisk antibiotika indicerat.

Patientens allmäntillstånd och sårstatus styr behandlingen.

Förstahandsmedel: Isoxazolylpenicillin 1g x 3 i 7 dagar.

Vid penicillinallergi: Klindamycin 300mg x 2 i 7 dagar.

Vid tecken på erysipelas: PcV 1g x 3 i 10 dagar (vid vikt > 90 kg dubblerad dos).

Vid erysipelas och penicillinallergi: Klindamycin 300mg x 2 i 10 dagar.

Vid tilltagande rosfeber eller infektionstecken och/eller allmänpåverkan överväg att remittera patienten för sjukhusvård.

Många patienter med bensår får fortfarande alldeles för långa behandlingsskurer. Omvärdera och överväg alltid att sätta ut behandlingen efter en veckas behandling. Antibiotikabehandlingen läker inte såret.

e. Finns det skäl att ta en odling och/eller CRP i nuläget? Vilka är indikationerna för sårodling?

Svar: Inte i nuläget. Sårodling bör tas före insättande av systemisk antibiotikabehandling för att påvisa agens och framför allt för resistensbestämning. Ytterligare skäl till sårodling kan vara att påvisa eventuella multiresistenta bakterier (t ex MRSA, ESBL-bildande tarmbakterier). Vid påtagliga infektionstecken ges antibiotika innan svar på odling finns. CRP är sällan indicerat.

f. Hur tar man en sårodling?

Svar: För att undvika att få med kontaminerande kolonisationsflora måste såret rengöras ordentligt innan provet tas. Odlingen tas från sårytan, i/nära sårkanten.

g. Styr fyndet i odlingen behandlingsalternativen?

Svar: Positiv sårodling är inte liktydigt med sårinfektion som ska behandlas. Typ av bakterier och resistensmönstret styr däremot val av antibiotika vid sårinfektion som kräver systembehandling. Vid tidigare antibiotikabehandlat sår, och tydliga uttalade infektionstecken, bör behandlingen täcka staph aureus samt grupp A streptokocker i första hand, oavsett ev odlings svar. Vid fynd av pseudomonas krävs mycket sällan systemisk behandling utan här är lokalbehandling avgörande. Lufta såren och öka omlägningsfrekvensen. Badda såren med exempelvis ättiksyrelösning under 10 minuter före omläggning. Välj luftiga förband och vid behov bakteriehämmande sådana. Kom ihåg att utvärdera dess effekt efter 14 dagar. Undvik absorptionsförband och "täta" polyuretanförband.

4. Vilka patienter behöver remitteras vidare till annan specialitet med anledning av bensår?

Svar: I nuläget behöver inte Svea remitteras vidare. Diabetiker med svårläkta sår kräver särskilt hänsynstagande och varsam sårvård och de kan behöva remitteras vidare. Vid fotsår som inte läker inom ett par veckor bör diabetiker remitteras till diabetismottagning för bedömning. Patienter bör remitteras vidare om underliggande orsak/diagnos till såret är oklar eller obehandlad eller där grundsjukdomen kräver specialkompetens t ex vid ytlig venös insufficiens, arteriell insufficiens, småkärlssjukdomar som arteriter, vid bakomliggande malignitet/hudcancer etc.

5. Behövs någon ytterligare behandling med anledning av såren?

Svar: Kompressionsbehandling är den primära och allra viktigaste åtgärden vid behandling av venös insufficiens. Man bör prova ut lämplig lindning för att uppnå optimal graderad kompression. Det är som alltid viktigt att göra en helhetsbedömning av patientens situation: annan medicinering, fullgod kost/näringsintag, sömn, rörlighet, behov av smärtlindring etc.

Referenser:

Hud- och mjukdelsinfektioner, Information från Läkemedelsverket 2009, nr 5:
www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Farmakologisk-behandling-av-bakteriella-hud--och-mjukdelsinfektioner/