

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens



Behandling av kroniske venøse leggsår

Geir, en 54 år gammel ingeniør, med tung familiær sykdomsbelastning. Moderat overvektig. Sluttet å røyke 34 år gammel.

Far angivelig karsykdom i ung alder, men døde vel 40 år gammel av lungekreft.

Geir fikk diagnostisert *ulcerøs proctitt* 32 år gammel, og *ulcerøs colitt* 35 år gammel. Vedvarende arthralgier i begge føtter slik at han har brukt NSAID i tillegg til warfarin inn-til nylig. Sulfasalazin i høye doser med god effekt på hans colitt.

Han fikk sin første *dype venetrombose/DVT* i høyre under-ekstremitet i forbindelse med operasjon for lyskebrokk 39 år gammel. Anbefalt livslang antitrombotisk behandling med warfarin pga. store posttrombotiske forandringer. Mulig protein S / protein C-resistens aldri kartlagt da første blodprøve ble feilsendt, og man ikke har våget seponere warfarin for evt. ny prøve. Imidlertid ble det ved utredning etter neste DVT påvist kraftig positiv lupus antikoagulant og kardiolipinantistoffer av både IgG og IgM type.

Geir fikk økende smerter og tretthetsfølelse i begge legger ved gange fra 44 års alder, forenlig med *claudicatio intermitens*. Henvist utredning, og i forbindelse med denne ble warfarin seponert over noen få dager ved et par anledninger. Det resulterte i DVT i venstre under-ekstremitet. Geir fikk på denne tiden sitt første smertefulle leggsår, og ble henvist til hudpoliklinikken ved et universitetssykehus.

Angiografi påviste uttalte bilaterale bekkenstenoser egnet for blokkering (PTA). Han har ikke hatt symptomer på claudicatio eller redusert arteriell sirkulasjon senere. Påvist moderat forhøyede lipidverdier, startet med statin. Behandlingstrengende hypertensjon fra tre år tilbake.

Geir har de siste ti årene hatt varierende grad av leggsår, han har hele tiden brukt kompresjonstrømper, og har i

lange perioder stelt sårene selv både av praktiske årsaker og fordi oppfølging på hudpoliklinikken ikke har ført til tilheling. Sårstell av Hjemmesykepleien med en rekke forskjellige personer til ulike tider på dagen har vært uforenlig med yrkesaktivitet.

Fra vel tre år tilbake betydelig forverring av leggsårene, især venstre ben. Smertefulle, sjenerende lukt og behov for paracetamol tre til fire gram daglig foruten paracetamol/kodein på kvelden.

Vurdert ved Sirkulasjonsfysiologisk avd. Aker Universitetssykehus. Påvist uttalt posttrombotisk insuffisiens med persisterende veggforandringer, og ingen klaffer egnet for rekonstruktiv venøs kirurgi. Anbefalt fortsatt konservativ behandling.

Gjentatte vurderinger og hudtransplantasjoner ved kirurgisk avd. på lokalsykehuset, hvor sårene første gang nesten tilhelet, ble betydelig mindre smertefulle, og ga et knapt år uten invalidiserende plager.

I tillegg til konservativ behandling ble det forsøkt lymfødembehandling hos erfaren fysioterapeut. Enkelte av sårene tilhelet, hud og underhud virket mykere, og det dukket ikke opp nye sår. Fysioterapeuten ville intensivere kompresjonsbehandlingen, men Geir var på dette tidspunkt skeptisk til det. Imidlertid nye sterkt smertefulle sår sommeren ett år tilbake, muligens utløst av hyppige flyturer i jobbsammenheng samt ytterligere forverret etter et bad i litt urent, gjørmete vann.

Behandling av sekundærinfeksjon uten ønsket effekt, ei heller ny hudtransplantasjon. Sårene væsket, det var tegn til nekroser etter transplantasjonen med lukt og kolonisering. Smertene ble så ille at Geir måtte innlegges for smertebehandling. En rekke regimer ble forsøkt uten ønsket effekt. Han ble utskrevet med paracetamol/kodein inntil x12 da det fungerte best.



I tillegg mistet Geir jobben pga innskrenkninger, og tilværelsen var alt i alt temmelig miserabel.

Da var det at legesekretærene kom entusiastiske hjem fra et kurs om sårbehandling i regi av en erfaren sykepleier ved Sårpoliklinikken ved et sentralsykehus i nabofylket...

Noen dager etter kontakt med sykepleieren dro Geir og en av våre dyktige legesekretærer til Sårpoliklinikken for vurdering og opplæring i sårbehandling/sårstell.

To hovedpoeng ble understreket:

- kompresjonsgrad 4 samt
- én person steller / har hovedansvar for sårbehandlingen

Ankeltrykket skal måles før behandlingen starter, og arm-ankel-indeks må ikke ligge under 0,8.

Sårprosedyre:

Vask/dusj med lunkent vann

Sinkpasta 40 prosent rundt kanten

I SÅRET: Aquacel Ag

DEKKENDE BANDASJE: Mepilex

KOMPRESJON: Profore fra tær til kne (følg prosedyre) – Geir brukte 18–25 cm 1,2,3,4 med en brettet 10x10 cm kompress over såret for å øke kompresjonen ytterligere.

SKIFTEINTERVALL: x2–3/uke initialt, deretter x1/uke.

To uker senere hadde ikke Geir lenger behov for smertestillende medikamenter, og han var liten grad plaget av de stramme strømpene.

STATUS:

Sårene på høyre legg har blitt mindre, og det har dannet seg friske vev i ytterkantene. Sårene i høyre region har blitt betydelig mindre, og synes i ferd med å lukke seg. På venstre ankel er begge sårene lukket.

Ved kontroll på Sårpoliklinikken etter tre uker var sårene på venstre underkstremitet tilhelet. Profore ble kontinuert i ytterligere to uker før Mepilex ble avsluttet, og Geir gikk

over til Kompresjonsstrømpe 2x2 på venstre ben. Det ble benyttet en steroidkrem gruppe tre på de tilhelede sårene samt mykgjørende krem på tørr hud.

En forbigående forverring av sår på høyre ankel et par måneder senere roet seg raskt med Aquacel Ag i såret, litt forsterket kompresjon i dette området, ellers uendret prosedyre. Etter fem måneder har alle sårene grodd. Geir bruker nå doble strømper på dagtid, og fjerner endog strømpene på natten.

Legesekretæren har hatt ansvar for sårbehandlingen, mens jeg har vært innom for å vurdere/følge utviklingen ved nær hvert sårskift.

Geir og legesekretæren tilbrakte nesten en time sammen et par dager i uken. Tidspunktet for sårstellet ble lagt til dager/tidspunkter hvor legesekretærbemanningen var god. Mye latter, humor og oppmuntrende prat lød gjennom veggen.

På ettervinteren tok Geir frem slalåmskiene for første gang på tre år. Geir er tilbake i ny, full jobb i en alder av 55 år.

Hilde Beate Gudim

Ankeltrykksmåling med doppler

Ved hjelp av et dopplerapparat kan ankelblodtrykket måles. Det er kun systolisk trykk som registreres. Armtrykket (systemtrykket) måles først, armmanjetten settes så rundt leggen. En ankel-arm-indeks (ankeltrykket delt på armtrykket) < 0,9 er diagnostisk for aterosklerotisk sykdom, med en sensitivitet på 95 % og en spesifisitet på 99%. Ankeltrykk lavere enn 50 mm Hg er ofte forbundet med kritisk iskemi. For pasienter med diabetes mellitus uten samtidig sår gjelder dette vanligvis ved ankeltrykk lavere enn 70–80 mm Hg (15).

(fra *Claudicatio intermittens – diagnostikk og behandling*, Gustav Pedersen Elin Laxdal Torbjørn Jonung Steinar Aune. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 167–70)