Bensår fallbeskrivning

2013-11-01, uppdaterad senast 2026-09-04

Svea är en 82-årig dam med mångårig hypertoni och hyperlipidemi. Hon har aldrig varit rökare. För två år sen hade hon en stroke med en måttlig kvarstående pares i höger arm. Hon medicinerar med tabl Klopidogrel 75 mg 1x1, tabl Salures 2,5 mg 1x1, tabl Candesartan 8 mg 1x1 och tabl Atorvastatin 20 mg 1x1. Svea har haft svullna ben av varierande grad sedan lång tid tillbaka och har nu fått bensår sedan 2 månader. Inget känt trauma. Sedan en knapp vecka klagar Svea över värk 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 37,4°.
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

1. Vad är den sannolika orsaken till patientens sår?
2. Vad är det troliga 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. Hur bör såret lokalbehandlas på sikt?
    d. Finns det skäl till systemisk antibiotika i nuläget?
    e. När bör systemisk antibiotika användas och hur (preparat, dos, duration)?
    f. Finns det skäl att ta en odling i nuläget? Vilka är indikationerna för sårodling?
    g. Hur tar man en sårodling?
    h. 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 – bensår

1. Vad är den sannolika orsaken till patientens sår?
   Alla sår ska ha en diagnos! I detta fall har patienten en venös insufficiens med bensvullnad och kroniskt inflammatoriskt ödem. Ödembehandlingen har varit bristfällig och gett upphov till sårbildning. Svea har genomgått utredning av såren och har faktiskt en god arteriell cirkulation. Utredningen kompletterades med en **Duplex** (utvidgad venös undersökning, görs på Klinisk fysiologi eller av kärlkirurg) och den visade att hon har en kombinerad ytlig och djup insufficiens.

2. Vad är det sannolika skälet till att såren försämrats?
   I första hand otillräckligt behandlad venös insufficiens med ödem. Ödemen skapar grund för sårbildning som i nuläget komplicerats av en lokal sårinfektion. Sårinfektionen ger upphov till försämrad sårläkning. Infektionen är således en komplikation som tillstött och inte orsak till såren. **Tänk alltid på att behandla orsaken till såret!**

3. Har hon en sårinfektion?
   a. Vilka symtom talar i så fall för en infektion och hur bör den handläggas?
      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. Nytillkomna 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. Lokal sårinfektion vid ett venöst bensår behandlas med lokalbehandling i första hand.

   b. Hur bör såret lokalbehandlas de närmaste två veckorna?
      Lokalbehandlingen behöver intensifieras med tätare (varje 1-3 dagar) omläggningar. Såret rengörs med ljummet vatten (duschslang) 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. Debrisoft debrideringsdyna kan också vara till hjälp. OBS! torra nekroser vid arteriella sår bör inte avlägsnas. För diabetiker krävs varsam sårvård och de behöver därför ofta remitteras vidare.

      I utvalda fall kan kaliumkompress med Kaliumpermanganat 0,1%® - Sårwebben eller bad med Kaliumpermanganat 3%® - Sårwebben (vid riklig sekretion), Ättiksyrelösning 0,5-1%® - Sårwebben (vid riklig växt av pseudomonas, se även nedan under 3h) i samband med omläggningen vara aktuellt. Polyhexanid/betain sårsköljvätska (Prontosan) är en antiseptisk lösning som också finns som gel och förband. Hypokloritlösning (Granudacyn) är ett annat alternativ.

      En skyddsbarriär runt sårkanterna i form av vätskeavstötande salva (t. ex. zinkbaserad) är viktig. Exempel på antibakteriella förband är jod (Iodosorb), hydrofobt förband (Sorbact) och polyhexanid/betain (t.ex. Suprasorb). Om silverförband används, ska effekten alltid utvärderas efter 14 dagar. Längre behandlingstid krävs sällan. Lokal antibiotikabehandling bör inte användas. Medicinsk honung (kompress, salva, förband) är också en antimikrobiell behandlingsmöjlighet.

      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. Hur bör såret lokalbehandlas på sikt?

Optimal lokalbehandling utifrån sårstatus. För förband se Förteckning över kompressionsförband och sårläkningsartiklar i Västra Götaland - REKlistan respektive Sårwebben. Fotografera och/eller mät gärna upp såret för upprepad objektiv bedömning av läkningsförloppet. Använd inte absorbtionsförband, de medför risk för maceration.

d. Finns det skäl till systemisk antibiotika i nuläget?

Nej, inte ens efter eventuell odling med signifikant fynd. Det är lokalsymtomen och allmäntillståndet som styr behovet av antibiotikabehandling. Svårläkta sår är ofta koloniserade av bakterier som i de flesta fall inte förhindrar sårläkning. Vid signifikant odlingsfynd bör en ny snar bedömning av såret och patientens allmäntillstånd göras innan eventuell antibiotikabehandling sätts in. *Läkare ska aldrig sätta in antibiotika vid bensår utan att själv ha undersökt patienten och bedömt såret.*

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

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: flukloxacillin 1g x 3 i 10 dagar.
Vid penicillinallergi: klindamycin 300mg x 3 i 10 dagar.

Vid tecken på erysipelas: pcV 1g x 3 i 10 dagar (vid vikt > 90 kg dubblerad dos).
Vid penicillinallergi: klindamycin 300mg x 3 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 behandlingskurer. Omvärdera och överväg alltid att sätta ut behandlingen efter 10 dagars behandling. Antibiotikabehandlingen läker inte såret.

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

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). Vid påtagliga infektionstecken ges antibiotika innan svar på odling finns. CRP är sällan indicerat.

g. Hur tar man en sårodling?

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

h. Styr fyndet i odlingen behandlingsalternativen?

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 fynd av pseudomonas krävs mycket sällan systemisk behandling utan här är lokalbehandling avgörande. Lufta såren och öka omläggningsfrekvensen. Badda såren med Prontosan sårsköljvätska eller ättiksyrelösning 1%-ig under 10 minuter före omläggning. Välj luftiga förband och vid behov bakteriehämmande sådana (t.ex. Iodosorb, silverförband eller Prontosan gel). Kom ihåg att utvärdera effekten efter 14 dagar. Undvik absorbtionsförband, ”täta” polyuretanförband och hydrokolloidplattor.

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

   I nuläget behöver inte Svea remitteras vidare. Eftersom hon har en kombinerad ytlig och djup venös insufficiens är remiss för ställningstagande till operation av åderbråck indicerad om såren inte läker eller recidiverar. Om hon enbart hade haft djup insufficiens krävs livslång kompression och patienten behöver inte remitteras till kärlkirurg. Remittera dock alla patienter med åderbråcksorsakade bensår där venös kärlundersökning av vena poplitea inte talar för klaffläckage (reflux).

   Fotsår hos patient med diabetes kräver särskild uppmärksamhet då försämring kan ske mycket snabbt. Om ett sår hos en patient med diabetes inte förbättras inom tio dagar eller inte förväntas läka på 6 veckor ska remiss skrivas till ett diabetesfotteam!
   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?

   Kompressionsbehandling är den primära och allra viktigaste åtgärden vid behandling av venös insufficiens och den bör fortsätta med samma kompressionstryck i minst 4 veckor efter läkning, i vissa fall livslångt. Man bör prova ut lämplig lindning för att uppnå optimal graderad kompression. Kompressionsbindor är förstahandsval vid öppna bensår. Först när såret varit läkt 4–6 veckor utprovas kompressionsstrumpor som patienten bör ha fortsättningsvis för att undvika recidiv

   Det är som alltid viktigt att göra en helhetsbedömning av patientens situation: annan medicinering, fullgod kost/näringsintag, rörlighet, behov av smärtlindring pga såret etc.

Referenser:

Sårwebben
För förband: REK-listan i Västra Götalandsregionen

Nationellt kliniskt kunskapsstöd svårläkta sår
Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Svårläkta sår

Läkemedelsverket: Läkemedel vid bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner – behandlingsrekommendation 2018

Svårläkta sår | Läkemedelsboken