

7. KÄRLKIRURGI

68 årig kvinna med välreglerad hypertoni (Seloken Zoc 50mgx1) sedan 10 år, cardiopulmonellt frisk men för 5 år sedan högersidig helbenstrombos och för 2 månader sedan lindrigt stroke. CT visade 2cm stor infarkt vänster hemisfär, carotis-ultraljud visar inga betydande stenoser och patienten därefter behandlad med låg-dos ASA 160 mg x1 samt Simvastatin 20 mgx1. Restituerats helt efter sin stroke. Använder kompressionstrumpa normalt för högerbenet men har nu utvecklat sedan en månad tillbaka ett misstänkt venöst bensår 3x5 cm stort medialt vid ankeln med omgivande hyperpigmentering och viss hudinduration och lätt ödem. Såret vätskar sig en hel del, delvis fibrinbelagt.

Distriktsköterskan har lagt om såret med abs-förband och fyrlayerskompression.

I status finner du: At: lite adipös, inga inkompensationstecken, cor OR, inga blåsljud, 72/min, BT 150/80 mmHg. Pulm: Lite rassel basalt vänster? Buk: måttlig ömhet vä flank och vä fossa, inga resistenser palpabla. Kärldata visar goda ljumskpulsar utan blåsljud, på höger sida ingen säker poplitea men du känner fotpulsar och på vänster sida palpabel poplitea och fotpuls.

7:1 Vad vill du ändra i omläggningen av det sannolika venösa såret:

Svar:

| 1

7:2 Någon undersökning som du vill komplettera med?

Svar:

| 1

68 årig kvinna med välreglerad hypertoni (Seloken Zoc 50mgx1) sedan 10 år, cardiopulmonellt frisk men för 5 år sedan högersidig helbenstrombos och för 2 månader sedan lindrigt stroke. CT visade 2cm stor infarkt vänster hemisfär, carotis-ultraljud visar inga betydande stenoser och patienten därefter behandlad med låg-dos ASA 160 mg x1 samt Simvastatin 20 mgx1. Restituerats helt efter sin stroke. Använder kompressionstrumpa normalt för högerbenet men har nu utvecklat sedan en månad tillbaka ett misstänkt venöst bensår 3x5 cm stort medialt vid ankeln med omgivande hyperpigmentering och viss hudinduration och lätt ödem. Såret vätskar sig en hel del, delvis fibrinbelagt. Distriktsköterskan har lagt om såret med abs-förband och fyrlayerskompression. I status finner du: At: lite adipös, inga inkompensationstecken, cor OR, inga blåsljud, 72/min, BT 150/80 mmHg. Pulm: Lite rassel basalt vänster? Buk: måttlig ömhet vä flank och vä fossa, inga resistenser palpabla. Kärldata visar goda ljumskpulsar utan blåsljud, på höger sida ingen säker poplitea men du känner fotpulsar och på vänster sida palpabel poplitea och fotpuls.

Omläggningen av såret bör ändras med avseende på abs.förbandet. Polyurethanskum, alginat eller hydrofiber är bättre och kompletterat med fyrlayerskompression eventuellt med initialt långsträcksbinda borde vara mer optimalt. Det förefaller rimligt bedöma detta sår som venöst och sedan följa vad såromläggning och kompression kan göra för sårsläkning. Kompletterande utredning kan för denna patient vara EKG pga den oregelbundna hjärtrytmen och möjligen duplex vener höger ben kan ju också ge viss information men är inte nödvändig ur behandlingssynpunkt. Om du är osäker på den arteriella cirkulationen kan du ju också komplettera med ankeltrycksmätning.

Vid uppföljning läker det venösa såret, du fortsätter med kompressionsbehandling av höger ben. Patienten klagar nu över intermittenta buksmärter efter måltid och du har fått ett ultraljud utfört för att du hade viss misstanke om gallstensbesvär. Undersökningen visar flera konkrement i gallblåsan, enstaka cystor på höger njure och ett aortaaneurysm som är 74 mm långt och maximalt 41 mm diameter av aorta.

7:3 Vad föranleder ultraljudssvaret vad avser aorta?

Svar:

| 2

68 årig kvinna med välreglerad hypertoni (Seloken Zoc 50mgx1) sedan 10 år, cardiopulmonellt frisk men för 5 år sedan högersidig helbenstrombos och för 2 månader sedan lindrigt stroke. CT visade 2cm stor infarkt vänster hemisfär, carotis-ultraljud visar inga betydande stenoser och patienten därefter behandlad med låg-dos ASA 160 mg x1 samt Simvastatin 20 mgx1. Restituerats helt efter sin stroke. Använder kompressionstrumpa normalt för högerbenet men har nu utvecklat sedan en månad tillbaka ett misstänkt venöst bensår 3x5 cm stort medialt vid ankeln med omgivande hyperpigmentering och viss hudinduration och lätt ödem. Såret vätskar sig en hel del, delvis fibrinbelagt. Distriktsköterskan har lagt om såret med abs-förband och fyrlayerskompression. I status finner du: At: lite adipös, inga inkompensationstecken, cor OR, inga blåsljud, 72/min, BT 150/80 mmHg. Pulm: Lite rassel basalt vänster? Buk: måttlig ömhet vä flank och vä fossa, inga resistenser palpabla. Kärldata visar goda ljumskpulsar utan blåsljud, på höger sida ingen säker poplitea men du känner fotpulsar och på vänster sida palpabel poplitea och fotpuls.

Omläggningen av såret bör ändras med avseende på abs.förbandet. Polyurethanskum, alginat eller hydrofiber är bättre och kompletterat med fyrlayerskompression eventuellt med initialt långsträcksbinda borde vara mer optimalt. Det förefaller rimligt bedöma detta sår som venöst och sedan följa vad såromläggning och kompression kan göra för sårsläkning. Kompletterande utredning kan för denna patient vara EKG pga den oregelbundna hjärtrytmen och möjligen duplex vener höger ben kan ju också ge viss information men är inte nödvändig ur behandlingssynpunkt. Om du är osäker på den arteriella cirkulationen kan du ju också komplettera med ankeltrycksmätning.

Vid uppföljning läker det venösa såret, du fortsätter med kompressionsbehandling av höger ben. Patienten klagar nu över intermittenta buksmärter efter måltid och du har fått ett ultraljud utfört för att du hade viss misstanke om gallstensbesvär. Undersökningen visar flera konkrement i gallblåsan, enstaka cystor på höger njure och ett aortaaneurysm som är 74 mm långt och maximalt 41 mm diameter av aorta.

En aortavidgning till 41 mm är ett måttligt stort aneurysm men med mycket liten risk för ruptur. ASA och statiner sätts ofta in. Du måste förstås värdera om patientens buksmärter är orsakade av aneurysmet eller ej. Här är väl de funna gallstenarna sannolikt orsaken till bukbesvären. Ultraljuskontroll var sju månader till en gång årligen av aorta och vid vidgning över 50 mm remiss för fortsatt värdering för eventuell operation som är aktuell vid en diameter av aneurysmet kring 50 mm hos kvinnor respektive 55 mm hos män.

3 år senare söker patienten dig för att hon besväras av kramper och smärter när hon går från höger vad, klarar att gå 100 m sedan måste hon stanna och vila några minuter. Kärldata: Goda radialis och carotispulsar. Blåsljud höger carotid. Goda ljumskpulsar bilateralt, inga blåsljud. På vänster sida palpabel popliteapuls, ingen säker fotpuls, på höger sida ingen poplitea eller fotpuls. Samtidigt har du övrigt i status och labmässigt funnit följande: Cor RR frekv 80/min, BT 185/105 (vid flera mätningar). Ankeltryck vänster 135, höger 70. Laboratiemässigt finner man: B-Hb 131 g/l, S-krea 138 mikromol/l, F-p glukos 6,2 mmol/l, S-kol 6,9 mmol/l och S-LDL kol 4,5 mmol/l, homocystein 12 µmol/l.

7:4 Vad föranleder kärldata för kompletterande åtgärder?

Svar:

1

7:5 Vilken ytterligare medicinsk behandling kan vara aktuell?

Svar:

1

Du kompletterar dina fynd i kärlstatus med riktade frågor om patienten haft några cerebrovaskulära symtom senaste 3-6 månaderna (pareser, sensibilitetsbortfall, ögonbesvär)(1p). Halskärlsduplex kompletterar du utredningen med (0.5p) Kärlstatus verifierar en högersidig ocklusion av arteria femoralis superficialis. Utredning med duplex nedre extremiteter inte nödvändigt och MR-angio inte indicerat då du genom din kliniska undersökning är ganska säker på ditt fynd och bedömning. Aktiv riskfaktorsanering indicerad (motion, diet, rökning) kombinerat med medicinsk riskfaktorsanering i detta fall kompletterande antihypertensiv behandling alternativt kan man tänka sig några blodtryckskontroller via tex distriktssköterskan innan beslut (1p.). Hyperlipidimibehandlingen bör optimeras och Simvastatindosen ökas till 40-80 mg x1 (1p).