

Sårdiagnoser

Definitionen för sår är substansförlust av epidermis och dermis. Ett svårläkt sår definieras som ett sår som inte läkt på 6 veckor och alltså inte följer läkningsprocessen för ett akut sår. Trycksår klassas som ett svårläkt sår oavsett sårduration.

Det är läkarens uppgift att **ställa diagnos på såret**. Kvalitetsregistret RiksSår (www.rikssar.se) används som verktyg för diagnos, behandling och uppföljning av svårläkta sår. I ICD10 saknas det diagnoskoder för flera sårtyper vilket gör att läkaren ibland måste uttrycka i journaltexten vilken diagnos som avses. I RiksSår är det viktigt att en huvuddiagnos ställs, då detta möjliggör statistik utifrån enskilda sårdiagnoser. Den diagnos som anses mest övervägande i varje enskilt fall registreras i RiksSår.

Följande sårdiagnoser används i RiksSår:

- Venöst sår
- Arteriellt sår
- Venösarteriellt sår
- Neuropatiskt sår
- Trycksår
- Sårskada
- Tumörsår
- Småkärlssjukdomssår
- Övriga ben-, fotsår

Beskrivning av de olika diagnoserna med förslag på diagnoskoder:

Venöst sår

Sår där venös insufficiens är den övervägande orsaken till att såret inte läker. Patienten har normal arteriell cirkulation (ABPI 0.9-1.3). Första tecknet på signifikant venös insufficiens brukar vara pittingödem vid slutet av dagen. Pigmentering i ankelhöjd är ett resultat av läckage av röda blodkroppar. Vid uttalad insufficiens utvecklas lipodermatoskleros (ärromvandling av subkutis och dermis) och atrophie blanche (ärromvandling av dermis). Hos många patienter utvecklas venöst eksem, speciellt i samband med ökat ödem. Som slutstadium utvecklas det venösa såret, vanligen vid eller ovanför mediala malleolen. Lateral lokalisering förekommer. Såret kan vara ganska stort och fibrinbelagt men har aldrig svarta nekroser. Underliggande senor exponeras aldrig. Det venösa såret kan vara smärtsamt, där högläge lindrar. Många patienter besväras också av störd nattsömn. Typ av venös insufficiens (ytlig, djup eller kombinerad) måste fastställas hos varje patient med hjälp av handdoppler och/eller venös duplex. SBU:s rapport "Svårläkta sår hos äldre - prevention och behandling" (2014) visar att operation av åderbräck kan minska återfall av venösa bensår hos äldre.

(I87.2 Venös insufficiens, I83.0 Varicer i nedre extremiteterna med bensår, I83.2 Varicer i nedre extremiteterna med både bensår och inflammation)

Arteriellt sår

Sår där arteriell insufficiens är den övervägande orsaken till att såret inte läker. Det arteriella såret är ofta lokaliserat perifert, d.v.s. på fotrygg och tår. Mer proximal lokalisering till malleolhöjd är dock inte ovanlig. Såret, som ofta är djupt och exponerar underliggande senor, är ofta belagt med svart nekros. Palpabel fotpuls saknas eller är svag. Avblekning av foten sker vid elevation. Såret är ofta smärtsamt, speciellt nattetid då foten är i planläge. Diagnosen verifieras genom ankeltrycksmätning med hjälp av ultraljudsdoppler eller tåtrycksmätning. Även om ankeltrycksmätningen endast signalerar lätt sänkta värden kan arteriell cirkulationsnedsättning föreligga om patienten har anamnes och klinisk bild talande för detta. Patienten skall då remitteras till kärlkirurg för bedömning.

(I70.2C Perifer ateroskleros med bensår, I70.2 Ateroskleros i extremitetsartärer)

Diagnos av arteriell insufficiens görs genom mätning av ankeltrycksindex med ultraljudsdoppler eller mätning av tåtrycksindex med tåtrycksmätning.

Falskt höga ankeltrycksindex (ca > 1,4) pga. icke komprimerbara kärl hos t ex diabetiker, bör uppmärksammas. Då skall tåtrycksmätning utföras för att få tillförlitliga värden.

Ankeltrycksindex (ABPI*):

Normalt	>0,9
Lätt sänkt	0,8-0,9
Måttligt sänkt	0,5-0,8
Uttalat(kritiskt) sänkt	<0,5

Tåtrycksindex (TBPI**):

Normalt	>0,65
Lätt sänkt	0,5-0,65
Måttligt sänkt	0,3-0,49
Uttalat(kritiskt) sänkt	<0,3

Remiss för kärlkirurgisk bedömning är obligatoriskt vid ABPI < 0,5 och TBPI <0,3 men även vid lätt sänkta värden om sårläkningen avstannat eller vid nattlig smärta. TBPI <0,5 hos diabetiker tolkas som uttalad arteriell nedsättning.

Venösarteriellt sår

Blandsår med både arteriell och venös insufficiens. Dessa sår innebär speciella problem då man måste behandla ödemet för att såret ska läka men inte försämra den redan nedsatta arteriella cirkulationen genom för hård kompression. Flertalet patienter med venösa bensår får även en nedsatt arteriell cirkulation med tiden. Det innebär att ankeltrycksindex måste tas om regelbundet även om det tidigare har varit bra, vilket kan medföra att tidigare kompressionsgrad omprövas. Svart nekros i ett tidigare venöst sår eller nyttillkommen smärta kan markera en arteriell insufficiens.

(I87.2 Venös insufficiens, I83.0 Varicer i nedre extremiteterna med bensår, I83.2 Varicer i nedre extremiteterna med både bensår och inflammation, I70.2C Perifer ateroskleros med bensår, I70.2 Ateroskleros i extremitetsartärer)

*ankle-brachial pressure index

**toe brachial pressure index

Fotsår hos person med diabetes

Fotsår hos personer med diabetes är egentligen ingen diagnos. I huvudsak förekommer två typer av fotsår: arteriellt sår och neuropatiskt sår, ofta i kombination. Har patienten neuropati med samtidig arteriell insufficiens får man ta ställning till vilken av faktorerna som är den viktigaste orsaken till att såret inte läker. Såren kan ha uppkommit av tryckskada men den bakomliggande orsaken är oftast neuropati eller arteriell insufficiens.

Arteriellt sår

Symtom och klinisk bild är som vid annat arteriellt sår, dock ofta med mer perifert engagemang. Sensorisk neuropati gör att personer med diabetes i regel känner mindre smärta, men svår smärta kan förekomma också hos dessa patienter. Diabetes kan leda till stela artärer vilket kan ge upphov till falskt förhöjt ankeltryck, varför tåtrycksmätning rekommenderas. Palpabla fotartärer indikerar bra blodflöde till foten.

(I70.2C Perifer ateroskleros med bensår, I70.2 Ateroskleros i extremitetsartärer)

Neuropatiskt sår

Såväl motorisk som sensorisk neuropati är en vanlig komplikation till diabetes. Den förra resulterar i en abnorm fotarkitektur, den senare i oförmåga att skydda foten från felbelastning och trauma. Slutresultatet blir uppkomst av stressår eller neuropatiska sår i fotsulan. För påvisande av neuropati används lämpligen test av sensibilitet med monofilament.

(E10.6D Diabetes mellitus typ 1 med (diabetiskt) fotsår. E11.6D Diabetes mellitus typ 2 med (diabetiskt) fotsår)

Trycksår

Trycksår uppkommer genom en kombination av tryck och skjuv (förskjutning av vävnadslager) över benutskott. Vanligaste lokaliseringarna är sakrum, hälar och malleoler. Främst drabbas personer med ryggmärgsskada eller personer som av annan anledning är rullstolsburna samt äldre personer som blir sängliggande en stor del av dagen. Såren delas in i olika kategorier utifrån dess utbredning.

Kategori 1: Hel hud med rodnad som inte bleknar vid tryck. Missfärgad hud, värme, ödem, hårdhet kan också användas som indikatorer, särskilt hos individer med mörkare hud.

Kategori 2: Delhudskada av epidermis och/eller dermis. Såret är ytligt och ses kliniskt som avskavd hud eller blåsa.

Kategori 3: Fullhudskada av subkutan vävnad som kan gå ned till, men inte genom underliggande fascia.

Kategori 4: Omfattande skada, vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjande strukturer med eller utan fullhudsskada.

(L89.9 Trycksår, ospecificerat, L89.0 Trycksår grad 1, L89.1 Trycksår grad 2, L89.2 Trycksår grad 3, L89.3 Trycksår grad 4, L89.9A, Trycksår i halsregion, L89.9B Trycksår på axel/överarm, L89.9C Trycksår på armbåge/underarm, L89.9D Trycksår på handled/hand, L89.9E Trycksår i bäckenregionen, L89.9F Trycksår på höft/lår, L89.9G Trycksår på knä/underben, L89.9H Trycksår på fotled/fot, L89.9J Trycksår i torakalregionen, L89.9K Trycksår i ländregionen, L89.9X, Trycksår med icke specificerad lokalisering)

Sårskada

Sår som orsakats av yttre våld/trauma och där kärlinsufficiens eller neuropati saknas eller inte bedöms vara orsak till att såret är svårläkt.

(T01-P Sårskada, S81.7 Multipla sårskador på underben, S81.8 Sårskada på andra specificerade delar av underben, S81.9 Sårskada på underben med icke specificerad lokalisation, S91.0 Sårskada på fotled, S91.1, Sårskada på tå utan skada på nagel, S91.2 Sårskada på tå med skada på nagel, S91.3 Sårskada på andra delar av fot, S91.7 Multipla sårskador på fotled och fot)

Tumörsår

Om ett sår inte läker som förväntat måste malign hudtumör uteslutas. De två vanligaste typerna är basalcellscancer och skivepitelcancer. Diagnosen verifieras med hudbiopsi från olika delar av såret.

(C44.9E Ospecificerad basalcellscancer med icke specificerad lokalisation, C43.9 Icke specificerad lokalisation av malignt melanom i huden, C44.9S Skivepitelcancer i huden med icke specificerad lokalisation)

Sår vid småkärllssjukdom

Vid småkärllssjukdom sitter skadan i de minsta blodkärlen (arterioler, kapillärer, venoler). Processen kan vara inflammatorisk (t.ex. vaskulit) eller icke-inflammatorisk. Vid vaskulit finns ibland cirkulerande antigen-antikroppskomplex, där antigenet kan vara ett läkemedel, ett virus- eller bakterieantigen eller ett autoantigen. Exempel på icke-inflammatorisk småkärllssjukdom är hypertensivt sår (angiodermatitis necroticans) och primär atrophie blanche.

Diagnosen sår vid småkärllssjukdom ställs oftast på kliniska grunder kompletterat med hudbiopsi.

(L95.9 Vaskulit begränsad till huden, ospecificerad, M05.2 Reumatoid vaskulit)

Övriga ben-, fotsår

När aktuell diagnos saknas väljs *Övriga ben/fotsår*. Exempel på övriga sår diagnoser är Necrobiosis lipoidica och Pyoderma gangraenosum. Observera att övergripande diagnoser som *Bensår UNS* och *Kroniskt hudsår* inte är riktiga sår diagnoser.

(L88.9 Pyoderma gangraenosum, L92.1 Necrobiosis lipoidica)

Källa: RiksSår 171107.
Registerhållare Nina Åkesson, distriktssköterska, fil.mag.
Styrgruppsordförande Rut F Öien, Distriktsläkare, docent i allmänmedicin

Referenser:

www.lakemedelsboken.se

<http://www.vgregion.se/sv/Skaraborgs-sjukhus/Skaraborgs-sjukhus/Hemsidor-SkaS/Sarwebben/NYSTARTSIDA-SARWEBB/TEST-SARWEBB/>

Lindholm, C. 2012. *Sår*. Lund: Studentlitteratur.