

Kombinasjon av lokale steroider og antimikrobielle agens i behandlingen av kroniske leggsår

Erfaringer fra Oxford, England

Shirin Eskeland, lege ved Lovisenberg Diakonale sykehus Oslo, shirolin@hotmail.com

En observasjonsstudie i samarbeid med Department of Dermatology, Churchill Hospital, Oxford

Introduksjon

Normal sårtilheling er karakterisert av en inflammasjonsfase etterfulgt av en proliferasjons- og en remodeleringsfase, med sårlukning og arrformasjon som endelig resultat. Det har vært spekulert om hvorvidt manglende tilheling av sår kan skyldes en kronisk inflammatorisk tilstand.^{1,2} De fleste kroniske leggsår er forbundet med sirkulasjonsforhold, hovedsakelig venøs insuffisiens, og venøs insuffisiens er øyensynlig ledsaget av inflammasjon, illustrert ved rødme/erythem, hevelse og ikke sjelden væsking eller staseeksem. Av disse grunner, blant andre, kan det argumenteres for nytte av antiinflammatoriske agens, inkludert steroider, i behandlingen av kroniske sår.

Antiinflammatoriske agens har så langt en beskjeden plass i behandlingen av kroniske leggsår. De relativt nyintroduserte ibuprofenholdige bandasjer har dokumentert smertereduserende effekt, men de påvirker ellers ikke tilhelingstempo eller rate.³ I en case studie har man derimot sett overraskende god effekt på tilheling ved lokalapplikasjon av anti-TNF alfa substansen Infliximab i kroniske leggsår.⁴ Lokalsteroider, som både er mer tilgjengelige og en rimeligere fremgangsmåte, skal også ha vist positive egenskaper med hensyn til tilheling av kroniske sår med inflammatorisk preg.⁵

Steroider har en etablert rolle i behandlingen av stase-dermatitt, og en tydelig indikasjon i behandlingen av immunologiske sår som vaskulitt og pyoderma gangrenosum. Men bruken av lokale steroider i kroniske sår (med unntak av de hypergranulerte sår) er ellers ganske kontroversiell, og mangler dokumentasjon. Den hyppigste innvendingen mot sådan bruk av kortisoner er at disse kan hemme cellevekst og dermed sårtilheling. Dessuten er man bekymret for at kortisoner kan hemme det lokale immunforsvar og slik gi økt infeksjonsfare.

For å beskytte mot infeksjon kan det være fristende å supplere med antimikrobielle midler når et sår behandles med steroider. Det er videre rimelig å tenke seg at inflammasjon i et kronisk sår dels er relatert til kolonisering, slik at et direkte angrep på mikroben kan virke positivt på sårtilhelingen. Enkelte antibiotika slik som tetracycliner har dessuten egne antiinflammatoriske egenskaper og kan dermed potensere effekten av kortisoner.

Dette er noen av resonnementene som ligger bak bruken av topikale middels- til høypotente steroider i kombinasjon med antimikrobielle agens i behandlingen av kroniske leggsår ved sårpoliklinikken ved Churchill Hospital i Oxford. Sjefsykepleier Deborah Hoffman har publisert flere kasus som dokumenterer og gir belegg for nytten av denne praksis.⁵ Artikkelforfatteren har gjennom et ni ukers hospiteringsopphold ved Churchill Hospital i Oxford dokumentert en rekke kasus der kroniske sår er behandlet med lokale steroider i kombinasjon med antibiotika og antimykotika. Denne artikkelen presenterer syv kasus. Potensielle ulemper og farer ved bruk av lokale steroider og antimikrobielle agens i kroniske sår diskuteres også kort.

Metode

Artikkelforfatteren hospiterte ved hudavdelingen ved Churchill Hospital fra medio april til medio juni 2008. Sårpoliklinikken ved hudavdelingen ved Churchill hospital, Oxford, drives i hovedsak ved spesialistsykepleiere, og lege blir bare kontaktet ved spesielle behov. Sårpoliklinikken holder åpent 2 til 3 dager ukentlig, og det tilsees ca 20-30 pasienter i løpet av en uke.

Pasientene som ble inkludert i denne oppfølgingen ble registrert, over en to ukers periode, etter hvert som de ble initiert på lokalbehandling med steroider i kombinasjon med antimikrobielle midler. Behandlingsregimet bestod i at leggsårene ble påført Trimovate 1-2 ganger ukentlig. Trimovate er en krem til topikal bruk som inneholder det middelspotente steroidet Clobetasone butyrate 0,05% i kombinasjon med Oxytetral (3%), et antibiotikum, og Nystatine (100 000 enheter/gram), et antimykotika. Sårene ble dekket med bandasjer og det tilkom dermed okklusiv effekt. Ellers ble hovedprinsippene for sårbehandling fulgt i form av optimal kompresjonsbehandling, fjerning av fibrin og nekrose, og bruk av absorberende bandasjer der dette var nødvendig. Hjemmesykepleien eller sykepleier tilknyttet lokale legekantor fulgte opp behandlingen. Pasientene ble satt opp til kontroll ved sårpoliklinikken innen to måneder.

Sårenes etiologi ble etablert ved Doppler undersøkelse av AAI, kombinert med klinisk undersøkelse. En kartla også sårenes varighet, størrelse, lokalisasjon, smerte og væsking. Pasientene ble bedt om å vurdere sårsmerte på visuell analog skala, VAS, der subjektiv intensitet av smerter ble angitt som et tall på en skala 0-10. Til måling av grad av væsking brukte man en trepunktsskala fra 1) ▶

Kasus 1



Figur 1: Før behandling.



Figur 2: Etter tre uker med Trimovate x1 per uke.



Figur 3: Etter ytterligere en uke med Dermovate salve x1.



Figur 4: Etter ytterligere to uker med Trimovate x2 ukentlig, seks uker etter oppstart av behandling med høypotente lokale steroider.

ingen eller lite væsking, 2) moderat væsking, til 3) uttalt væsking. Komorbiditet ble anført med spesielt fokus på arteriosklerose, diabetes, anemi, medisiner og røykevaner.

Foto ved behandlingsoppstart, ved kontroller underveis samt ved avslutning ble tatt for å dokumentere behandlingen. Behandlingstiden varierte fra tre til seks uker. Pasientene som deltok i denne studien undertegnet informert samtykke for publisering av resultater og bilder.

Pasientkarakteristika

Totalt syv pasienter ble funnet egnet for lokalbehandling med Trimovate.

Pasientene bestod av fire menn og tre kvinner i alderen 68-89 år, med gjennomsnitt- og medianalder begge på 78 år. De presenterte relativt overfladiske leggsår. To pasienter (kasus 1 og 3) hadde mer enn ett sår. I disse tilfellene ble det største såret karakterisert som behandlingsfokus eller hovedsåret. Såret var lokalisert på leggen i seks av tilfellene og på ankelen/malleolen hos en pasient (kasus 2). Tre pasienter (kasus 5, 6 og 7) hadde koeksisterende leggeksem. Tid siden sårdebut varierte fra 2 måneder til fem år, med median varighet på åtte måneder, og gjennomsnittlig varighet på 16 måneder. Såret med to måneders varighet representerte et residiv av et sår som første gang var oppstått fem år tidligere.

Sirkulasjonen i den affiserte legg/fot ble vurdert ved Doppler undersøkelse av ankelarmindeks (AAI). I tre tilfeller (kasus 2, 3 og 4) var AAI, > 1. Disse pasientene hadde både anamnese og klinikk i form av hudforandringer forenelig med venøs insuffisiens. Kasus 6 hadde palpabel pulsasjon i ADP samt varicer på den affiserte legg; såret var derfor enkelt å klassifisere som kronisk venøst, og det ble ikke utført Doppler undersøkelse.

I kasus 1 og 5 var AAI henholdsvis 0,71 og 0,68, begge forenelig med signifikant arteriell insuffisiens. Begge presenterte også smerter som sannsynlig var betinget av den dårlige sirkulasjonen/ischemiske forhold. Begge var blitt nektet kirurgisk behandling på bakgrunn av alvorlig komorbiditet. I kasus 7 var AAI 0,98. Kasus 1, 5 og 7 hadde dessuten diverse tegn på venøs insuffisiens som lipødem (kasus 1), varicer (kasus 5) og stasedermatitt (kasus 7).

Sårene i disse kasus ble slik klassifisert som kronisk arteriovenøse.

Oppsummert bestod de selekterte pasientene av fire kasus med klassisk venøse leggsår og tre andre kasus med holdepunkter for arteriovenøs insuffisiens. I ett av disse kasus (kasus 1) var det dessuten spørsmål om tilstanden erosiv pustuløs dermatose.

Den største diameter av hovedsåret til hver enkelt pasient rangerte i størrelsesorden 1,4 til 7,0 cm. Sårsmerte vurdert ved VAS viste et stort spenn med rangering fra 0,5 til 9,5. Høy VAS score var forbundet med dårlig sirkulert ekstremitet/ischemi. I fem av seks tilfeller var det moderat grad av væsking fra sårene.

Resultater

Oppfølgingstiden varierte fra tre til seks uker. En av de syv pasientene (kasus 7) møtte ikke til oppfølging. Denne pasienten er beskrevet under kasuistikkavsnittet, men blir ikke tatt med under presentasjonen av resultater. Fire pasienter ble sett til én kontroll, en pasient (kasus 6) ble sett til to kontroller, og én pasient (kasus 1) ble sett fire ganger under behandlingsforløpet.

Utvikling av sårets størrelse

Fotografier tatt før behandlingsoppstart og etter 3 til 6 ukers behandlingsforløp var den viktigste dokumentasjonen på sårutviklingen. Fotografiene ble supplert med mål av sårets største diameter, se tabell 1.

Tabell 1

Pasienter	Sårets diameter i cm før behandling	Sårets diameter i cm etter behandling
Kasus 1	4,0	0
Kasus 2	1,5	0,7
Kasus 3	2,5	2,0
Kasus 4	5,0	1,6
Kasus 5	1,4	0,2
Kasus 6	7,0	5,5

Sårene var i størrelsesorden 1,4 til 7,0 cm, med et gjennomsnitt på 3,6 og en medianverdi på 3,3 cm ved oppstart av behandlingen. Siste gangen pasientene ble sett var den største diameter i størrelsesorden fra 0 til 5,5 cm. I kasus 6 var det en reduksjon i største diameter fra 7,0 til 4,5 cm under de første to ukene av oppfølgingen, men denne bedring ble fulgt av forverring under de neste tre ukene, og ved endt oppfølging var såret 5,5 cm i diameter.

Smertekontroll

Tabell 2

Pasienter	VAS smertescore før behandling	VAS smertescore etter behandling
Kasus 1	4	8,5*
Kasus 2	4	0
Kasus 3	0,5	0
Kasus 4	1	0
Kasus 5	9,5	0
Kasus 6	2	0

*Kasus 1: Det initiale hovedsår tilhelet fullstendig under oppfølging, men pasienten utviklet nye smertefulle sår på andre lokalisasjoner samme legg.

VAS smertescore rangerte fra 0,5-9,5, med et gjennomsnitt på 3,5 og medianverdi på 3. Det vil si at sårene i hovedsak var forbundet med middels til lite smerte. Smerte ved oppfølgingen ble scoret til 0 av alle pasientene unntatt i kasus 1 som hadde utviklet nye smertefulle sår på andre lokalisasjoner.

Sårvæsking

Tabell 3

Pasienter	Sårvæsking før behandling	Sårvæsking etter behandling
Kasus 1	Moderat	Moderat*
Kasus 2	Moderat	Lite eller ingen
Kasus 3	Moderat	Lite eller ingen
Kasus 4	Moderat	Lite eller ingen
Kasus 5	Lite eller ingen	Lite eller ingen
Kasus 6	Moderat	Moderat

*Kasus 1: Det opprinnelige hovedsår tilhelet, men pasienten utviklet nye sår med moderat væsking på andre lokalisasjoner.

Før behandlingsoppstart var det moderat væsking fra sårene i fem av seks kasus. Ved slutten av behandlings- og oppfølgingsperioden var det fem av seks pasienter som rapporterte mindre væsking fra sårene. Dette stemte også med det kliniske inntrykket ved undersøkelse av sår og bandasje.

Komorbiditeter

Komorbiditet som diabetes, anemi, røyking samt hjerte- og karlidelser blir adressert nærmere i kasuistikkavsnittet.

Kasuistikker

Kasus 1 var en ikke-røkende kvinne på 79 år. Hun var rullestolbruker på bakgrunn av et poliosequele med svak høyre ekstremitet, og på bakgrunn av sårproblematikk på samme legg av 2-3 års varighet. Det dreide seg om flere ganske overfladiske sår som var delvis konfluerende på fremsiden av leggen. Ellers var den høyre ekstremiteten

Kasus 2



Figur 1: Før behandling.



Figur 2: Etter tre uker med Trimovate $\times 1$ i uken.

relativt kaldere enn den venstre med en AAI på 0,71. Smerte angitt til 4 på VAS. Fluoxacillin tablettkur var nylig innledet ved egen lege. Ettersom det ikke var tegn til noen egentlig bakteriell cellulitt eller infeksjon, ble antibiotikakuren avbrutt, og det ble innledet Trimovate sårapplikasjoner $\times 1$ per uke supplert med gasbind med lett elastisitet (Tubigrip). Etter tre uker var det markant fremgang med hensyn på de behandlede sår, men det var tilkommet nye ulcerasjoner mediallyt på samme legg. Enkelte av disse hadde preg av bulla med puss. Pasienten ble tilsett av lege, som mente det kunne dreie seg om tilstanden erosiv pustuløs dermatose på bakgrunn av solskadet hud. Biopsi ble ikke gjort på grunn av risiko for kronisk sårutvikling. Bakt.us viste oppvekst av gule stafylokokker resistente mot tetracycliner. Pasienten fikk Dermovate salve $\times 1$ ukentlig, og etter en uke var sår dannelse på fremsiden av leggen tilnærmet tilhelet. Det var fremdeles såraktivitet på andre lokalisasjoner og økende hevelse og smerte av leggen/foten. Trimovate applikasjoner $\times 2$ i uken ble reinitiert til tross for resistente bakterier, og etter to uker var området på fremsiden av leggen komplett tilhelet. Økende sår dannelse på baksiden av leggen og på dorsalfoten ble relatert til at pasienten hadde neglisjert råd om horisontalleie av foten/leggen.

Kasus 2 var en 78 år gammel ikke-røkende mann som hadde slitt med et kronisk venøst leggsår på høyre fots laterale malleol gjennom åtte måneder. Såret hadde startet som et gnagsår. Pasienten hadde gjennomgått TIA $\times 2$ relatert til arterielle fibrillasjoner, siste gang i januar 2008, og var derfor marevanisert samt brukte kolesterolsenkende og blodtrykksmedisin. Venene på den aktuelle leggen hadde blitt strippet flere år tidligere. AAI var 1,3, og det var palpable perifere pulser og normal kapillærfyllningstid i høyre ekstremitet. Sårets størrelse var $1,5 \times 0,9$ cm. Smerte var 4 på VAS, og det var moderat væsking med en anelse grønnlig preg. Det ble innledet sårapplikasjon med Trimovate $\times 1$ ukentlig og kompresjon grad II ble kontinuert. Etter tre uker var såret krympet betydelig, og restene dekket av en liten skorpe. Det var ingen væsking. Pasienten angav at smertene var opphørt, dvs. VAS 0. Trimovate ble avsluttet, og pasienten ble bedt om å kontinuere kompresjon grad II. ►

Kasus 4



Figur 1: Før behandling.



Figur 2: Etter tre uker med Trimovate x1 i uken.

Kasus 3 var en 76 år gammel dame som led av leversvikt sekundært til tidligere alkoholisme. Hun var plaget med kløe som man antok var relatert til leversvikten. Leggene var dekket med ekskoriasjoner uten de klassiske tegn til dermatitt. Det var palpable perifere pulser. AAI bilateralt over 1. På baksiden av venstre legg var det et sår på størrelse 2,5×2,5 cm, granulert, men likevel ganske overfladisk. I følge pasienten hadde såret startet med en ekskoriasjon 7-8 måneder tidligere. Smerte på VAS var 0-1. Det var moderat væsking. Pasienten ble innledet på sårapplikasjon med Trimovate x2 ukentlig. Man brukte også tjæreholdig salvebandasjer (Ichtammol) for leggene, og kompresjon grad I. Ved fire ukers oppfølging var såret redusert til 1,5×2,0 cm og meget overfladisk. Ekskoriasjonene var tilhelet, og pasienten angav ingen smerter eller væsking. Trimovate på såret x2 ukentlig skulle kontinueres til komplett sårtilheling.

Kasus 4 var en 76 år gammel ikke-røkende diabetisk kvinne som presenterte en 18 måneders anamnese på et sår på lateralsiden av venstre legg. Hun hadde tidligere gjennomgått DVT bilateralt og hadde ellers kjent penicillinallergi. Hun var medisinerert med blodtrykksenkende, kolesterolsenkende, aspirin som blodfortynning og insulin. Pasienten ble første gang sett ved sårpoliklinikken i februar 2008 og ble da innledet på Actiform bandasjer og kompresjonsbehandling. Ved inklusjon i aktuelle oppfølging var såret 5,0×2,5 cm. Det ble kjent pulsasjoner i ADP bilateralt; AAI var > 1 bilateralt. Smerte var 1 på VAS, med moderat væsking fra såret. Det ble innledet Trimovate x1 ukentlig på såret og kompresjonsbehandling. Etter tre uker fant man en reduksjon i størrelse til 1,6×1,0 cm, samt at såret var økende overfladisk. Det var ingen smerter, og det var lite eller ingen væsking. Pasienten hadde gått gjennom en periode med ustabil blodsukker og den totale insulindosering var derfor øket. Sykepleier ved lokale legekantor fikk beskjed om å kontinuere Trimovateapplikasjoner x1 ukentlig inntil tilheling. Pasienten ble anbefalt livslang kompresjon.

Kasus 5 var en 78 år gammel mann som presenterte en fem års anamnese på et leggsår på fremsiden av venstre legg. Såret hadde tidligere helet med aktiv kompresjon, og det aktuelle residiv var åtte uker gammelt. Han hadde perifer arteriell insuffisiens og AAI var 125/84, dvs. 0,68.

Kasus 5



Figur 1: Før behandling.



Figur 2: Fire uker etter sårapplikasjon med Trimovate x1 i uken.

Pasienten led av arteriosklerotisk koronarsykdom. Etter en mislykket bypassoperasjon i 2007 hadde han postoperativt erfart en pulmonær emboli. Han var marevanisert og brukte kolesterolsenkende og blodtrykksmedisiner. Såret målte 1,4×1,2 cm. Pasienten klaget over smerteanfall av få sekunders varighet som oppstod ca hver halvtime. Han benektet leggekramper eller smerter om natten eller ved gange. Smerte angitt til 9-10 på VAS. Pasienten ble initiert på sårapplikasjoner med Trimovate x1 ukentlig, dekket med en hydrocolloid bandasje. Omliggende eksem og sprukken hud ble behandlet med Betnovat salve. Det ble ikke benyttet kompresjon. Etter fire uker var såret praktisk talt helet, 0,2×0,2 cm. Dessverre var det oppstått en forverring av dermatitten, muligens som en reaksjon på den topikale behandlingen eller bandasjer.

Kasus 6 var en 68 år gammel mann med en fem års anamnese på kronisk venøst leggsår på fremsiden av den høyre leggen. Han brukte blodtrykksenkende medikamenter. Det var anamnese på DVT i venstre legg. Han var tidligere behandlet for varicer på høyre legg med vnestripping x1 og skleroterapi x2, siste gang en måned før hans første besøk ved sårpoliklinikken. Såret målte 5,0×7,0 cm og var relativt superfisielt med en anelse til hypergranulering. Det var dermatitt i omliggende hud. Smerte på VAS var 2. Det var lite til moderat væsking. Pasienten ble initiert på applikasjoner med Trimovate x2 ukentlig både på såret og på dermatitten. Kompresjonsbehandling grad II ble kontinuert. Etter to uker hadde såret krympet til 2,5×4,5 cm. Smerte ble bedømt til 0 på VAS og væsking var lite/moderat. Etter ytterligere tre ukers behandling med Trimovate x2 ukentlig på såret og Dermovate x2 ukentlig på eksemet, oppstod det en forverring der såret økte i størrelse til 5,5×3,8 cm. Smerte var fremdeles 0 på VAS, men væsking var tiltatt noe. Så vidt man kunne bedømme ut i fra pågående ulcerering og eksem, kunne allergier eller cytotoxiske reaksjoner relatert til de topikale agens ikke utelukkes. Samtidig viste en vurdering hos flebologen at den siste skleroterapi-behandling, hadde vært mislykket, hvilket også kunne forklare forverringen.

Kasus 7 representerer en drop-out. Han beskrives her for å gi et fullstendig inntrykk av de selekterte pasientene. Det dreide seg om en 89 år røkende mann med DM II som hadde utviklet et kronisk venøst leggsår på venstre

legg under hospitalisering for et hjerteinfarkt i februar 2007. Såret hadde altså en varighet på 16 måneder. Denne pasienten hadde også leggødemer relatert til hjertesvikt. Han brukte vanddrivende, blodfortynnende, kolesterolsenkende, nitroglyserin samt smertestillende i form av et morfinpreparat. AAI var 0,98, og slik indikasjon på venøs/arteriovenøs insuffisiens. Smerte på VAS var 2. Det var lite til ingen væsking fra såret. Han ble initiert på Dermovat $\times 2$ i uken for den sprukne huden og Trimovate $\times 2$ ukentlig for såret og sårkantene. Ellers ble det brukt et lett elastisk gasbind (tubigrip). Pasienten ble satt opp til fire ukers kontroll, men møtte ikke til denne timen, ei heller neste avtale, og falt således ut av studien.

Resultater oppsummert

Det var generelt god respons på behandlingen med Trimovate krem, med hensyn til både reduksjon i sårstørrelse, smerter, og væsking. Et enkelt sår økte i overflate (kasus 6), men det ble ikke sett tydelig veksthemmende effekt av behandlingen i det ingen av sårene ble dypere. Ingen av pasientene utviklet behandlingstrengende infeksjoner under oppfølgingen.

Bakt.us ble ikke utført annet enn for kasus 1, hvor det tilkom bullalikhende formasjoner/ulcerasjoner med puspreg. Dyrkning i dette tilfellet ble gjort etter behandling med Trimovate, og viste vekst av tetracyclinresistente gule stafylokokker. Det er mulig at utvikling av denne bakteriestammen hadde sammenheng med bruken av Trimovate. Tilstedeværelsen av denne bakterien ble oppfattet som en kolonisering og det var ikke tegn til infeksjon eller behov for peroral antibiotika. Soppdyrkning ble ikke utført i noen av tilfellene.

I kasus 5 og 6 var den involverte legg affisert av stase-dermatitt, og i begge tilfellene var det mangelfull respons på steroider, henholdsvis Betnovat og Trimovate. I kasus 6 var det dessuten initialt en positiv utvikling, fulgt av en forverring med hensyn på både økende omfang av såret og eksem i de tilstøtende hudområder. Allergi eller cytotoxisk reaksjon kan ikke utelukkes. Allergitestning ble dessverre ikke foretatt i noen av tilfellene.

Diskusjon

Seks kasus er selvsagt et begrenset materiale. Ettersom det ikke er inkludert kontroller, er det dessuten vanskelig å si om kompresjon, adekvat sårstell og bandasjering alene ville ha gitt de samme eller tilsvarende resultater. Videre er det vanskelig å skjelve effekt av kortisonet fra virkningen av de antimikrobielle substansene i Trimovate. Det er også en svakhet med oppfølgingen at det bare i ett tilfelle ble utført bakt.us og at ingen av pasientene ble epicutantestet. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Spesielt kartlegging av bivirkninger krever oppfølging og dokumentasjon av behandlingsforløp hos et større antall pasienter.

Når sensibiliserende stoffer påføres en hud med brutt barriere, slik som ved sår, fører det med seg økt risiko for utvikling av allergier og cytotoxisitet. Cytotoxisitet og allergier kan i sin tur forsinke sårtilheling. Dessuten har man problemet med utvikling av resistente bakterier og sopp ved bruk av antibiotika og antimykotika, og spesielt ved bruk av bredspektret sådan. Dette er noen av de problemene som bør studeres videre for å avklare hvilken

Kasus 6



Figur 1:
Før behandling.

Figur 2: Etter to uker med Trimovate $\times 2$ ukentlig på sår og dermatitt. Rester av Trimovate sees som gulig farge.

Figur 3: Etter ytterligere tre uker med Trimovate $\times 2$ på sår og Dermovat $\times 2$ ukentlig på dermatitt.

rolle topikale steroider og kombinasjonen av disse med antimikrobielle agens kan ha i behandlingen av kroniske leggsår.

Vurdering

Disse kasuistikkene er en sped begynnelse på en dokumentasjon av en omdiskutert praksis. De kan i høyden gi en indikasjon på hva en kan vente seg ved bruk av Trimovate i behandlingen av kronisk sår dannelse.

Topikale steroider kan ha en plass i behandlingen av kroniske leggsår, og vil kanskje spesielt være nyttig ved uttalt væsking, smerte og/eller kløe. Behandlingen ser på bakgrunn av dette materialet ut til å være trygg så lenge den begrenses til overfladiske sår, og gis intermitterende.

Kombinasjonen av topikale steroider med antibiotika og antimykotika byr derimot på større utfordringer særskilt i forhold til resistensproblematikk. Mange vil nok derfor være skeptiske til dette. Et alternativ kunne være å kombinere med et antiseptisk middel, selv om det ikke løser problemene med sensibilisering og cytotoxisitet. Det er selvfølgelig et behov for videre dokumentasjon, og for studier som inkluderer flere pasienter, kontroller, og har en lengre oppfølgingsperiode. ■

Referanser

- Coleridge Smith PD. Deleterious effects of white cells in the course of skin damage in CVI. *Int Angiol.* 2002 Jun;21(2 Suppl 1):26-32.
- Chen WY, Rogers AA. Recent insights into the causes of chronic leg ulceration in venous diseases and implications on other types of chronic wounds. *Wound Repair Regen.* 2007 Jul-Aug;15(4):434-49.
- Gottrup F, Jørgensen B, Karlsmark T, Sibbald RG, Rimdeika R, Harding K, et al. Less pain with Biatain-Ibu: initial findings from a randomised, controlled, double-blind clinical investigation on painful venous leg ulcers. *International wound journal.* 2007 Apr;4 Suppl 1:24-34.
- Streit M, Belezny Z, Braathen LR. Topical application of the tumour necrosis factor-alpha antibody infliximab improves healing of chronic wounds. *International wound journal.* 2006 Sep;3(3):171-9.
- Hofman D, Moore K, Cooper R, Eagle M, Cooper S. Use of topical corticosteroids on chronic leg ulcers. *Journal of wound care.* 2007 May;16(5):227-30.

Fotnote: 1) Takk til Norsk dermatologisk selskap som via Klems legat har bidratt med økonomiske midler til hospitering i utlandet. Takk til Hudavdelingen ved Churchill Hospital, Oxford Radcliffe Hospitals, og en spesiell takk til Fenella Wojnarowska, Sue Cooper og Deborah Hofman for inspirasjon og veiledning.