

## Rosen og sekundær akutt inflammasjon (SAI)

*På medlemsmøtet til avd Oslo/Akershus i november holdt spesialist i onkologisk fysioterapi Kristin Haugen fra Norsk Lymfødemklinikk et omfattende foredrag om rosen og SAI - i relasjon til lymfødem.*

*Med Kristins bakgrunn og inngående kunnskap om lymfødem ble dette til en ytterst informativ kveld med grundig innføring og mye ny viten. All denne viten har vi lyst til å dele med fler, - vi bringer derfor her et fylldig referat.*

Tekst: Tone Guettler

Foto: Elsebeth Peel Jarvis

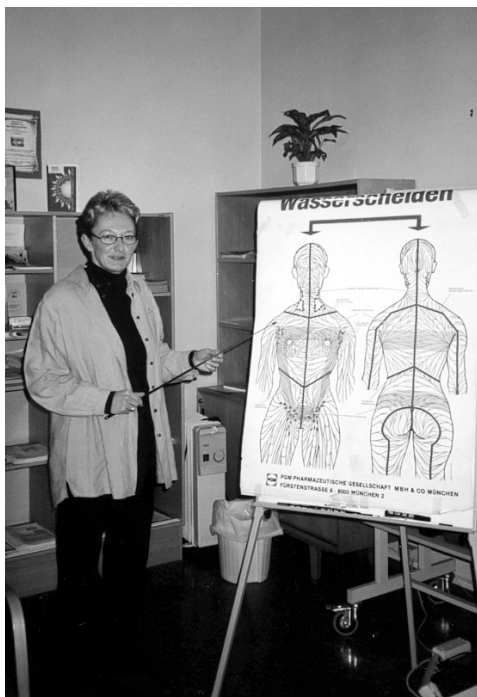
Fysioterapeut Kristin Haugen hadde tatt på seg den ikke ubetydelige oppgaven å orientere om *Rosen* og SAI i relasjon til lymfødem. Forarbeidet var stort, og en forelesning over emnet gitt ved dr. Cato Mørk, hudlege ved Rikshospitalet, hadde økt forståelsen i følge foredragsholderen.

Vi fikk vite at SAI - sekundær akutt inflammasjon, er et paraplybegrep som dekker bl. a. *Rosen* (= Erysipelas), intertrigo (hud mot hud), hudsprekker, sopp, traumer (akutt skade), eksem, brennkopper, sår (katteklor, skrubbsår etc), indurasjon (sykelig omdanning av vev, hard konsistens, fibrose, elefanthud).

SAI er altså ikke det samme som *rosen*!

Ved SAI har man ikke nødvendigvis streptokokker ved alle utbrudd, mens ved *rosen* har man det. SAI kan gjelde andre, mer overfladiske hudinflammasjoner, mens man ved *rosen* har infeksjoner som går lengre ned i huden. Ved SAI kan man også ha feber, men ikke nødvendigvis.

En tegnet plansje viste huden i snitt, og det ble pekt på hvor



**Kristin Haugen ved plansjen over lymfesystemet - med lymfeårer og -knuter, kvadranter og vannskiller**

SAI går i overflaten (Epidermis), mens *rosen* er en bakteriell infeksjon som går helt ned i Lærhuden, som er det andre hudlaget, og også ned i øvre del av underhudsvevet som er det tredje hudlaget.

Infeksjonen forårsakes av type A streptokokker, og ved ekstra alvorlige tilfelle finner man også stafylokokker.

*Rosen* og lymfødem, - høna eller egget? Men kan spørre seg hva som kommer først når

50 % av lymfødempasienter utvikler *rosen* mot 1 av 1000 i normalbefolkningen (i flg. dr. Mørk).

Ved Rikshospitalet har man flg. oversikt over risikofaktorer for utvikling av *rosen*:

- Brutt hudbarriere 23,8%
- Lymfødem 71, 2%
- Venøs svikt 2,9%
- Leggødem (hevelser i legger p.g.a hjertesvikt, nyresvikt etc) 2,5%
- Adipositas (overvekt) 2,0%.

For å få en forståelse av hvordan *rosen* avgrenses viste Kristin Haugen en plansje over lymfesystemet med lymfeårer, og lymfeknutene hvor immunforsvaret bl.a. sitter. Denne plansjen viser at lymfesystemet er delt inn i kvadranter, med vannskiller ved bl.a. under kraveben, nedenfor siste ribben, langsetter midten foran og bak (se Lymfeposten nr 1, 2001, eller brosjyren Lymfødem - Årsak og virkning). Og på lysbilder så vi hvordan avgrensningen i et utbrudd av *rosen* kan følge kroppskvadranten.

Disponerende for *rosen*-infeksjon (dvs ting som gjør at man kan få *rosen*) er lymfødem, hudproblemer, lokal immunitet (nedsatt immunforsvar lokalt),

operasjon av lymfeknuter, dårlig mikrosirkulasjon (dårlig sirkulasjon i de minste lymfeårene i området), lettere traumer (akutte skader), svekket hudbarriere (intertrigo, hudsprekker, sopp, eksem, sår, fibrose etc.) Et eksempel: har man lymfødeme i foten er det en innfallsvinkel for *rosen* mellom 4 og 5 tå: her kan det lett komme sprekker eller sopp, noe som igjen kan være utløser til *rosen*.

Hvordan merker man at man har fått *rosen*?

Det kan være en del av, men ikke nødvendigvis alle, de følgende symptomer:

- Akutt forverring av lymfødeme
- Svette og frostanfall
- Smerter
- Rødflemmet hud, markert rød kant
- Lokal varme
- Høy feber (40-41 grader C)
- Væskefylte blemmer
- Smerter i lymfeknutene fordi de jobber på spreng og blir forstørret
- Kvalme, uvel

Dette kan komme spontant som kastet på én i løpet av få minutter.

De som stadig får *rosen* kan ha en slags selvantennelsesmekanisme i selve lymfødemeområdet i flg. dr. Petlund. Etter en antibiotikakur er kanskje ikke alle mikrobenes slått helt ut, de ligger og ulmer, så kommer kanskje en stressende situasjon, og puff - så blusser det opp igjen. For slike pasienter pleier man å anbefale en lengere antibiotikakur, eller kanskje å gå på en vedlikeholdsdose.

Differensial diagnoser (det betyr her: det en skal forsøke å unngå i den kroppskvadrant som har lymfødeme):

- Blodpropp
- Soppinfeksjon
- Insektbitt
- Årebetennelse (tromboflebitt)
- Blodforgiftning (sepsis)
- Traumer (akutte skader)

Det kliniske bildet ved *rosen*:

- Forhøyet temperatur
- Redusert allmenntilstand
- Forhøyede blodverdier (høy senkning)
- Forstørrede lymfeknuter
- Økte antistoffer
- Påvisning av streptokokker

Medisinsk behandling av *rosen*:

- Penicillin 1-2 mg x 4 (6) tabl. i 7-10 dager (ved penicillinallergi, bruk Erythromycin)
- Ved gjentagne *rosen*-infeksjoner: 0,5-3 mg daglig i lang tid (mnd til år)
- Elevasjon av arm eller ben (=legge arm eller ben høyt)
- Kalde omslag på arm/ben
- Hvile
- Unngå kompresjon (strømper og bandasjering)

Det er en veldig stor belastning for kroppen å bli utsatt for *rosen*!

*Rosen* profylakse (hva kan en gjøre i forkant for å unngå *rosen*):

- Informasjon
- Starte raskt med antibiotikum
- Lav terskel for antibiotikumbehandling
- Evt langvarig antibiotikum profylakse/lavdose, i samråd med pasient og med prøve-seponering innimellom

- Komplette fysikalske lymfødemebehandling (intensivt/vedlikehold)
- Hudpleie, inkl. sure eller nøytrale (pH3,5-7) såper og fuktighetskrem, oljebad,
- Stell av negler
- Bruk av bomulls- eller gummihandsker
- Veltilpassete klær og sko.

*Brulidin 0.15 % crème* eller annen type infeksjonssalve bør benyttes dersom man har fått sår, kutt, rift, stikk etc. i det området hvor man har utviklet lymfødeme. Dette dreper/hemmer veksten av en del bakterier og sopparter. Såret rengjøres og salven strykes på 2 til 3 ganger daglig.

20% av Norges befolkning har fotsopp! For lymfødeme pasienter er det ekstra viktig å passe på det svake punktet mellom lilletå og tåen ved siden av (mellom 4. og 5. tå). En soppdrepende krem er *Lamysil*, ellers finnes det også tablettkurer mot sopp som er meget kraftige.

Forsøk å unngå flg. for den kvadrant som har lymfødeme:

- Vann, langvarig oppbløting av huden
- Irritanter (sterk såpe/kremer)
- Kulde/varme
- Solbrenthet
- Traumer
- Blodprøver
- Akupunktur
- Insektstikk

*fortsettes neste side - med svar på mange spørsmål som ble stilt fra salen*

## Rosen og sekundær akutt inflammasjon (SAI)

### *Fra spørsmålsrunden:*

*Hva er mikrosirkulasjon?*

KH: - Sirkulasjonen i de minste lymfeårene i området. Eller sagt på en annen måte: Mikrosirkulasjonen i selve det området hvor man har hatt *rosen* blir dårligere for hver gang man får et utbrudd. Vevet omdannes mer og mer til bindevev og fett, fibrosedannelse.

*Kan man styrke immunforsvaret for å redusere sjansen for å få rosen?*

KH: Få lymfedrenasje, - og i tillegg opprettholde en god allmenntilstand.

*Forslag fra salen: kanskje også prøve kosttilskudd slik som Nitterkur, B12 etc.*

*Er det intensivbehandlingen som bedrer immunforsvaret, eller er det den jevnlike vedlikeholdsbehandlingen?*

KH: Intensivbehandlingen gir løftet og vedlikeholdsbehandlingen opprettholder, i tillegg til det pasienten gjør selv slik som selvbandasjering.

*Hvor ofte skal man gå til vedlikeholdsbehandling?*

KH: Det varierer fra pasient til pasient, for noen kan det være ønskelig med så ofte som en til to ganger i uken, for andre kanskje bare seks ganger i året. Kroppen liker å få behandling ofte, dessverre finnes det ikke nok terapeut-kapasitet.

*Hva med vanndrivende medisin?*

KH: Tidligere ble mange satt

på vanndrivende medisiner. Dette har liten rasjonell virkning på et lymfødem. For lymfødempasienter betyr det at væsken drives ut og eggehvitestoffene blir liggende igjen i vevet. Dette sanker igjen til seg mere væske. En lymfødempasient som ikke har hjerte-problemer skal ikke gå på vanndrivende medikamenter. Men krever en hjertelidelse vanndrivende medisiner er det en annen sak. Dette må avklares fra legen.

*Hva er egentlig best - å sitte, eller å ligge - når en har lymfødem i en arm?*

KH: Dette er helt individuelt.

*Bør man være sengeliggende når man har rosen, eller holder det å sette igang en antibiotikakur?*

KH: Man bør holde seg i ro og begynne med antibiotika. Den høye feberen og den dårlige allmenntilstanden gjør at sengen er det beste stedet å være.

*Hvordan skal jeg forholde meg om jeg kjenner at jeg får rosen?*

KH:

- a) Dersom du har hatt *rosen* tidligere og kjenner symptomene - start med penicillin eller annen antibiotika og følg ellers det som står over om "Medisinsk behandling av *rosen*".
- b) Dersom du ikke har hatt *rosen* tidligere, kontakt lege med én gang.

*Etter at fysioterapeut Kristin Haugen holdt sitt foredrag for oss om rosen /SAI har hun per telefon snakket med dr. Cato Mørk*

Hennes spørsmål til ham var: *Har man alltid feber ved diagnosen rosen?*

Til dette svarte han: "Det finnes ingen absolutter innen medisin. Man kan ikke si "ja, ja" eller "nei, nei". Selv har jeg ikke behandlet en *rosen*-diagnose uten at det har vært feber tilstede. Men - det er legens skjønn og kliniske vurdering som avgjør diagnosen. Følgende blir blant annet undersøkt: blodverdier, antistoffer, påvisning av streptokokker, om pasienten har forstørrede lymfeknuter, forhøyet temperatur og redusert allmenntilstand.

De pasientene som ofte får *rosen* kjenner symptomene. De starter raskt med antibiotikum og unngår da sannsynligvis å få feber. Dette kan være årsaken til at disse pasientene i ettetid kan si at de ikke har hatt feber når de har hatt *rosen*."

