

3. Allman RM, Goode PS, Burst N et al. Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Adv Wound Care* 1999;12:22-30.
4. Lindholm C, Bergsten A, Berglund E. Chronic wounds and nursing care. *J Wound Care* 1999;8:5-10.
5. Lindholm C. Pressure ulcers and infection- understanding clinical features. *Ostomy Wound Manage* 2003;49:4-7.
6. Olsen LF. Tryksår koster en milliard. *Dag Med* 2002;24:6.
7. Bennet G, Dealey C, posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing* 2004;33:230-5.
8. Pressure ulcer treatment guidelines. EPUAP. www.epuap.com (1. juni 2009).
9. Gottrup F, Olsen L. Sår. Baggrund, diagnose og behandling. København: Munksgaard 2007:182-190.
10. Sørensen JL, Lassen MK, Alsbjörn BF et al. Tryksår. Baggrund og behandlingsstrategi. *Ugeskr Læger* 1997;159:275-9.
11. Barrois B, Labalette C, Rousseau P et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. *J Wound Care* 2008;17:373-6 og 378-9.
12. Gunningberg L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish healthcare settings. *J Wound Care* 2004;13:286-90.
13. Zimmerdahl V, Bermark S. Prævalensundersøgelse for trykspor/tryksår i somatiske afdelinger i Bispebjerg Hospital. Rapport Bispebjerg Hospital 2005;11.
14. Trangbæk R, Vestergaard E, Vestergaard GE. Prævalensundersøgelse på Viborg Sygehus. Rapport Viborg Sygehus 2004;9.
15. Bolton L. Which pressure ulcer risk assessment scales are valid for use in the clinical setting? *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34:368-81.
16. Balzer K, Pohl C, Dassen T et al. The Norton, Waterlow, Braden and Care dependency scales: comparing their validity when identifying patients pressure sore risk. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34:389-98.
17. Braden BJ, Maklebust J. Preventing pressure ulcers with Braden scale. An update on the easy-to-use tool that assesses a patient's risk. *Am J Nurs* 2005;105:70-2.
18. Comfort EH. Reducing pressure ulcer incidence through Braden scale risk assessment and support surface use. *Adv Skin Wound Care* 2008;21:330-4.

Kirurgisk rekonstruktion af defekter efter tryksår

Afdelingslæge Karin Marion Dorsche

ORIGINALARTIKEL

Odense Universitets-hospital, Universitets-center for Sårheling/Plastikkirurgisk Afdeling

RESUME

INTRODUKTION: Tryksår er et stort problem for patienter og samfund. Specielt patienter, der er immobile, er i øget risiko. Denne gruppe af tryksårpatienter bør indlægges til kirurgisk revision af såret og rekonstruktion med en lap.

En sådan operation kræver længerevarende aflastning af lappen postoperativt. Universitetscenter for Sårheling, Odense Universitetshospital har afkortet denne periode fra de hidtil anbefalede tre uger til to uger.

MATERIALE OG METODER: Vi rapporterer i denne artikel en opgørelse over alle de patienter, der er blevet opereret og rekonstrueret for et tryksår i perioden fra 1. oktober 2001 til 1. november 2008. Opgørelsen er opdelt i to perioder: før og efter indførelsen af den afkortede aflastende periode.

I alt indgik 80 patienter fordelt på 34 i den første periode og 46 patienter i den anden periode.

RESULTATER: Betydelig reduktion i den mediane indlæggelsestid fra 38 til 27 dage. Ingen øgning i reoperationsandelen eller komplikationshyppigheden. Andelen af heledede er uændret.

KONKLUSION: Vi mener, at man med fordel kan afkorte den immobile aflastende postoperative fase efter rekonstruktion af tryksår til immobile patienter.

Tryksår udgør fortsat et stort problem for patienter og samfund.

Specielt patienter, der er immobile på grund af permanent rygmarvsskade, para- eller tetraplegikere, samt patienter med generaliserede neurologiske lidelser, som f.eks. dissemineret sklerose, er i øget ri-

siko. Ud over den øgede risiko på grund af sensitivitetstab har de svært ved at aflaste tryksåret og som følge af dette svært ved at hele.

Denne gruppe af tryksårpatienter bør indlægges til kirurgisk revision af såret og rekonstruktion af defekten med en stilet lapplastik, hvis tryksåret vurderes til at være grad fire ud fra blandt andet *European Pressure Ulcer Advisory Panels (EPUAP's)* guide til tryksårsgraduering (se **Tabel 1**) [1].

Universitetscenter for Sårheling (UfS), Plastikkirurgisk Afdeling på Odense Universitetshospital udfører denne type kirurgi.

Rekonstruktion af defekterne efter revision af tryksår med en stilet lapplastik kræver længerevarende aflastning på specialmadras (pusteseng eller lignende) postoperativt. Hidtidige postoperative aflastningsregimer har varet mindst tre uger [2-4], men i nyere opgørelser er den postoperative aflastningsperiode afkortet til 10-14 dage [5, 6]. Ud fra dette har UfS ændret procedurer, så patienterne nu i stedet for tre uger kun lejres fladt på ryggen på aflastningsmadras i to uger postoperativt, før der startes mobilisering af patienten til siddende stilling. Dette vil sige, at patienten ved udskrivelsen kan sidde op mindst to timer ad gangen, før der etableres aflastning af det opererede område.

Formålet med undersøgelsen er at formidle behandlingsresultater, samt at sammenligne disse før og efter afdelingen indførte den nye mobiliseringsstrategi.

MATERIALE OG METODER

Der er søgt på operationskode og diagnosekode, hvorefter der er foretaget retrospektiv journalgen-nemgang af alle de patienter, der er blevet opereret for et tryksår og rekonstrueret med en stilket lapplastik i perioden fra 1. oktober 2001 til 1. november 2008.

UfS ændrede den 1. oktober 2005 mobiliseringsregimet for det postoperative forløb af lapkirurgi til tryksår. Den postoperative aflastning af lappen blev ændret fra tre til to uger samtidig med accelereret genoptræning af patienten til siddende stilling. Grundet dette er opgørelsen opdelt i to perioder: periode et som er fra 1. oktober 2001 til og med september 2005 og periode to fra 1. oktober 2005 og frem til 1. november 2008.

PATIENTER

Følgende variable blev registreret: alder, køn, grundmorbus, associerede lidelser, ryger/ikke ryger, ostitis/ikke ostitis, sårvarighed, sårtype, laptyp, postoperative komplikationer og indlæggelsesvarighed. I alt indgik 80 patienter fordelt på 34 i periode et og 46 patienter i periode to.

Medianalderen i periode et var 48 år (spændvidde 23-76), og i periode to var medianalderen 57 år (spændvidde 26-90). I periode et var fordelingen af mænd/kvinder 26/8, og i periode to var fordelingen 25/21.

Af **Tabel 2** fremgår fordelingen af grundmorbus og associerede lidelser i de to perioder. I den første periode var alle patienterne immobile, mens fem patienter i den anden periode var mobile.

Andelen af rygere i den første periode var 12 (35%) ud af 34 patienter. I anden periode var der 14 (30%) ud af 46 patienter, som var rygere.

Andelen med klinisk ostitis, defineret enten ved positive knogledyrkninger, ostitis på røntgenbillede eller klinisk tydelig ostitis ved den kirurgiske revision af tryksåret, var 15 (38%) ud af 39 indlæggelser i den første periode. I anden periode var andelen med klinisk ostitis 31 (61%) ud af 51 indlæggelser.

Sårene havde været til stede i en til 42 måneder, mediant syv måneder i periode et, og i periode to havde sårene været til stede fra halvanden til 48 måneder, mediant i ni måneder.

KIRURGISK TEKNIK

Den anvendte operative teknik var først og fremmest grundig revision af tryksåret, idet al påvirket væv blev fjernet ud i sundt væv, inklusive knogleafmejsling. Herefter blev tryksåret rekonstrueret med en lokal lap. Afhængig af hvilken type sår, der var tale om, valgte en foretrukket lap. Til sår hen over os ischia-



TABEL 1

Inddeling af tryksår. Kilde: [1].

Stadium 0	<i>Blanching</i> -hyperæmi: Reaktiv hyperæmi, hvor rødmen forsvinder ved fingertryk. Cirkulationen er intakt og tilstanden reversibel, men smertefuld
Stadium 1	<i>Nonblanching</i> -hyperæmi: Rødmen forsvinder ikke ved fingertryk. Skyldes begyndende vævsskade med aseptisk inflammationsreaktion. Reversibel ved trykaflastning. Smertefuld
Stadium 2	Blistdannelse, der går over i egentligt ulcus, der dog sjældent går gennem dermis. Vil hele igen ved aflastning. Smertefuld
Stadium 3	Såret når igennem dermis og ind i det subkutane væv. Nekroser samt underminering, evt. cyster eller fistler. Fascien stopper progression i dybden. Kræver behandling ud over aflastning for at hele. Ingen smerter
Stadium 4	Såret er brudt igennem fascien ned i musklen og evt. ned i knogle. Nekroser, underminering, cyster og fisteldannelse ses. Ofte inficeret. Kræver intensiv behandling for at hele. Ingen smerter



TABEL 2

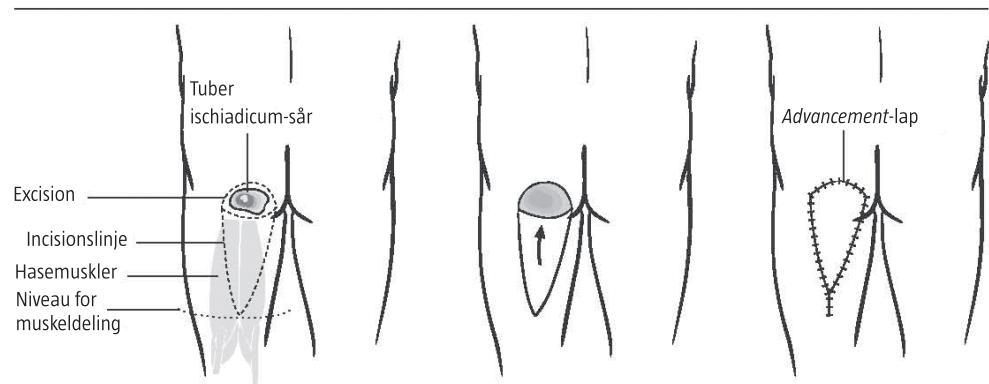
Patienternes grundmorbus, associerede lidelser og andelen med klinisk ostitis i hhv. 1. periode: fire år fra 1. oktober 2001 til 30. september 2005, og 2. periode: tre år fra 1. oktober 2005 til 1. oktober 2008. Værdierne angiver antal patienter (procentandel grundmorbus).

Lidelse	1. periode	2. periode
Paraplegi	19 (56)	27 (57)
Tetraplegi	3 (9)	4 (9)
Dissemineret sklerose	9 (26)	8 (17)
Hemiparese	2 (6)	1 (2)
Spastisk lammelse	1 (3)	-
Transversel myelitis	-	1 (2)
Iskæmisk fasciitis	-	1 (2)
Strålesår	-	2 (4)
Ikkehelende, store grad 4-sår	-	2 (4)
I alt	34	46
<i>Associerede lidelser</i>		
Hypertension	5	11
Diabetes	4	-
Tidligere DVT (livslang AK-behandling)	1	-
Morbus cordis incompensatio	-	2
Atrieflimren	-	2
Morbus cordis ischaemicus	-	2
Astma	-	1
Diabetes	-	3
Adipositas	-	2
Tidligere apopleksi	-	2
Tidligere misbruger	-	1
Klinisk ostitis	15 (38)	31 (61)

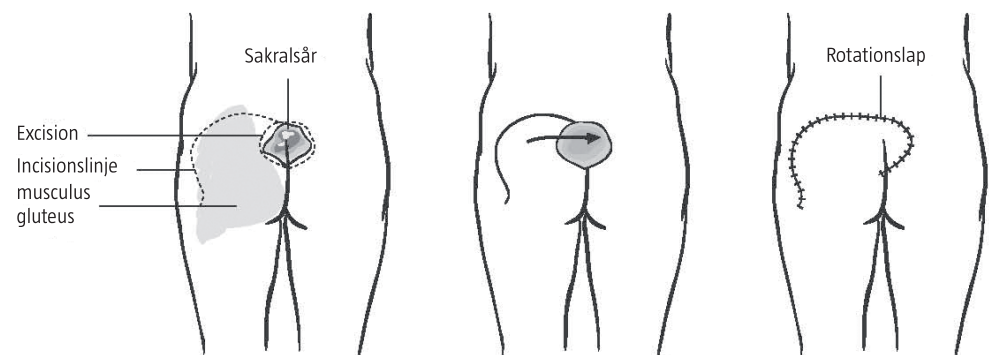
DVT = dyb venetrombose; AK = antikoagulation.

FIGUR 1

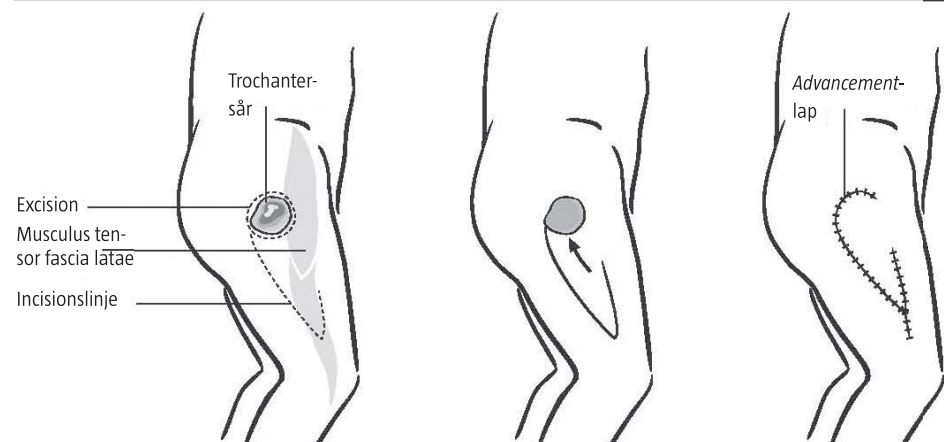
Eksempler på stilkede lapper til rekonstruktion af de tre typiske tryksår.



Eksempel på rekonstruktion af defekten efter revision af tryksåret hen over tuber ischiadicum med en haselap.



Eksempel på rekonstruktion af defekten efter revision af et sakralt tryksår med en rotationslap. Lappen kan rejses både fasciecutant og muskulært.



Eksempel på rekonstruktion af defekten efter revision af et tryksår hen over trochanter major med en tensor fascia latae-lap.

dicum valgtes primært haselappen, til sår, der var lokaliseret hen over trochanter major, valgtes primært en lokal lap, der indeholdt musculus tensor fascia latae, og til sår lokaliseret hen over os sacrum valgtes oftest en eller anden form for gluteallap. For illustration se **Figur 1**.

Der blev anlagt sugedræn med en anelse forskel i de to perioder. I den første periode blev der anlagt

flere dræn, et dræn hen over det reviderede knogleområde samt et til to dræn under lappen. Drænet hen over knoglen blev altid først fjernet sammen med suturerne på omkring 14. dagen. De øvrige dræn blev fjernet før, når der var mindre end 20-30 ml i disse. I den anden periode blev der oftest kun anlagt et dræn, som blev placeret hen over knogleområdet og ud under lappen. Drænet blev fjernet hurtigt postope-

rativt, når der var mindre en 20-30 ml i det. Suturene blev i den anden periode fjernet efter 2-3 uger.

Alle fik peroperativt antibiotika, og hvis der klinisk fandtes ostitis, blev der givet antibiotika, som blev rettet til ud fra dyrkningsvar i en længerevarende periode af mindst seks ugers varighed.

Postoperativt blev patienterne lejret på en specialafastende madras, enten pusteseng eller lignende madras, f.eks. Thera Pulse (KCI medical) [7]. I den første periode blev lapperne aflastet totalt de første tre uger, hvorefter mobiliseringen af patienten til den siddende stilling begyndte. Med total aflastning af lappen menes, at patienten lå fladt i rygleje på en af de nævnte specialafastende madrasser. Denne aflastende periode blev reduceret til to uger i den anden periode, hvorefter mobiliseringen til den siddende stilling begyndte.

ANVENDT STATISTIK

Til at sammenligne forskellen i den mediane indlæggelsestid mellem de to perioder anvendtes en *Wilcoxon two sample rank-sum test*, og til at sammenligne forskellen i hyppighed af de komplikationer, som førte til reoperation i de to perioder, anvendtes Fishers test.

RESULTATER

I første periode blev fire af de 34 patienter opereret flere gange. Tre patienter blev opereret to gange og en patient hele tre gange for recidiv af deres tryksår. Det giver i alt 39 indlæggelser med rekonstruktion af defekter efter revision af tryksår.

I anden periode blev fem af de 46 patienter opereret og indlagt to gange. De fire patienter på grund af et nyt tryksår med en anden anatomisk placering, og en patient på grund af recidiv af tryksåret. Det giver i alt 51 indlæggelser med rekonstruktion af defekter efter revision af tryksår.

I første periode blev der rekonstrueret 44 sår med i alt 44 lapper, mens der i anden periode blev rekonstrueret 59 sår med 56 lapper. Af **Tabel 3** fremgår det hvilken type lap, der er anvendt til rekonstruktion af defekterne.

I første periode var 34 (77%) af tryksårene placeret svarende til tuber ischiadicum, syv (16%) hen over trochanter major og tre (7%) hen over os sacrum.

I anden periode var fordelingen anderledes, idet 32 (54%) af tryksårene var placeret ved tuber ischiadicum, seks (10%) hen over trochanter major og 21 (36%) hen over os sacrum.

INDLÆGGELSESVARIGHED

Den mediane indlæggelsestid var 38 dage i første periode, og der var en spændvidde på 19-77 dage. I an-

den periode var den mediane indlæggelsestid 27 dage med en spændvidde på 9-52 dage. Sammenlignes resultaterne fra de to perioder, er den mediane indlæggelsestid reduceret med 11 dage. Dette er statistisk signifikant. Ved hjælp af en *Wilcoxon two sample rank-sum test* fås en p-værdi på $< 0,0001$.

KOMPLIKATIONER

Af **Tabel 4** fremgår fordelingen af komplikationer i de to perioder.

I henholdsvis 17 (44%) ud af 39 indlæggelser udviklede patienterne så alvorlige komplikationer, at det førte til reoperation umiddelbart postoperativt i den første periode. Dette tal var reduceret til syv (14%) ud af 51 indlæggelser i den anden periode.

Sammenlignes andelen med alvorlige komplikationer, der førte til reoperation, er forskellen statistisk signifikant. Anvendes Fishers test er $p = 0,001$.

RECIDIVSÅR

I den første periode fik otte patienter recidiv af deres rekonstruerede tryksår. Recidivsåret opstod mellem et halvt år og fem år efter den første rekonstruktion. Hos fire ud af de otte efter to år. I den anden periode fik to patienter recidiv af deres rekonstruerede tryksår. Den ene fik sit recidivår efter fem og den anden efter 12 måneder.

DISKUSSION

Dybe tryksår med enten blottede led, blottede knogler eller dyb infektion i form af ostitis kræver som regel kirurgisk behandling. Hos de patienter, der er immobile enten på grund af permanent rygmarvsskade eller generaliserede neurologiske lidelser, er kirurgisk rekonstruktion af området med en lap efter den kirurgiske revision ligeledes indiceret. Hos disse pa-



TABEL 3

Typen af lap der blev anvendt til rekonstruktion i hhv. 1. periode: fire år fra 1. oktober 2001 til 30. september 2005, og 2. periode: tre år fra 1. oktober 2005 til 1. oktober 2008. Værdierne angiver antal (%).

Laptype	1. periode	2. periode
Haselap	23 (52)	18 (32)
Rerejsning af haselap	8 (18)	6 (11)
Tensor fascia lata-lap	5 (11)	6 (11)
Gluteal fasciekutan rotationslap	1 (2)	22 (39)
Muskulokutan gluteallap	2 (5)	1 (2)
Gracilislap	1 (2)	-
Små kutane lapplastikker	4 (9)	-
Fasciekutan anterolateral thigh flap ^a	-	3 (5)
I alt	44	56

a) Tre lapper er anvendt til dækning af to sår hos den samme patient.

 TABEL 4

Fordelingen af komplikationer i hhv. 1. periode: fire år fra 1. oktober 2001 til 30. september 2005, og 2. periode: tre år fra 1. oktober 2005 til 1. oktober 2008. Værdierne angiver antal (%).

Komplikation	1. periode (n = 39 ind- læggelser)	2. periode (n = 51 ind- læggelser)
<i>Defekter</i>		
Lille defekt som helede konservativt	15 (38)	17 (33)
Større defekt som fik VAC-beh. og helede	1 (3)	2 (4)
Større defekt som fik VAC-beh. og ikke helede	1 (3)	–
Defekt som ikke helede	1 (3)	2 (4)
<i>Komplikationer ved lappen som førte til reoperation</i>		
Defekt/fistel	7 (18)	3 (6)
Infektion	2 (5)	–
Hæmatom	5 (13)	3 (6)
Delvis nekrose af lap	1 (3)	–
Hurtig defekt efter udskrivelse	2 (5)	–
Defekt efter hæmatomudtømning, excideredes og heledes	–	1 (2)
I alt	17 (44)	7 (14)
<i>Mindre komplikationer ved lappen</i>		
Hæmatom	3 (5)	5 (10)
Serom	–	3 (6)
Infektion	1 (3)	3 (6)
Mindre lapnekrose (spids af lap), helede selv	1 (3)	–
<i>Andet</i>		
Cystitis	–	3 (6)
Subileus	1 (3)	–
Pneumoni	1 (3)	–
Respirationsbesvær/atelektase	–	1 (2)
Patellafraktur/faldt under mobilisering	–	1 (2)

VAC-beh. = vakuumassisteret behandling.

tienter ønskes der væv med stor stabilitet og funktionsduelighed. For at kunne opfylde disse krav er det oftest nødvendigt med en lokal laprekonstruktion [2].

Hvilken rekonstruktionsløsning, der vælges, afhænger af sårets placering. Patienterne er pga. deres immobile tilstand i stor risiko for recidiv af såret samt i risiko for at udvikle nye sår på de øvrige trykudsatte steder. Denne risiko tages med i planlægningen af hvilken laprekonstruktion, der vælges til det enkelte tryksår. Derfor anvendes primært det væv, som ligger tættest på tryksåret [3]. På UfS vælges primært en haselap til tuber ischiadicum-sår [3, 4, 8, 17]. Lappen har den fordel, at den uden problemer kan genanvendes op til tre gange. Umiddelbart ligger de gluteale lapper lige så tæt på tuber ischiadicum-sår, men disse bør primært anvendes til sacral-sår [11, 12], idet man

ellers får problemer med at finde rekonstruktionsmuligheder til dette sår. Tensor fascia lata-lappen anvendes primært til trochanter major-sår [9, 10]. Lapperne designs ved første rekonstruktion tilstrækkeligt store til, at de kan genanvendes ved recidiv af tryksåret. Hos denne gruppe af immobile patienter er siddesår hen over tuber ischiadicum det hyppigste tryksår og det sår, der oftest recidiverer. Man kan derfor godt komme ud for, at den primært foretrukne lap, nemlig haselappen, er opbrugt, men først når den er det, bør man anvende en gluteal rekonstruktionsløsning.

UfS har i den sidste opgørelsesperiode valgt i større grad at anvende fasciecutane lapper, som kun indeholder hud, subcutis og fascien hen over muskelen. I nyere litteratur argumenteres for brugen af fasciecutane lapper, idet de er mindre følsomme for iskæmi og mere resistente over for trykpåvirkningen end muskellapper. I eksperimentelle studier har man vist, at muskelen udviser en høj incidens af nekrose sammenlignet med ovenliggende fedt og hud, når vævet udsættes for tryk. Blodtabet peroperativt mindskes, og perioden hvor patienterne er recidivfri øges [12-14,16].

I den sidste periode er enkelte mobile patienter opereret. Hos de mobile burde tryksår hele, blot de aflastes samtidig med, at der varetages sårpleje med almindeligt kendte sårprodukter.

Med fordel vælges rekonstruktion af tryksåret hos disse patienter med en lap, hvis tryksåret er meget dybt og stort (grad 3-4) [18]. Sepsis med døden til følge er fortsat en væsentlig dødsårsag hos disse patienter [20]. Karakteristisk for kroniske sår kan være, at sårhelingen er gået i stå. Enten på grund af dårligt helende, arrede sårkanter eller voldsomt underminerede sårkanter, hvis friktion kommer til at holde såret ved lige. Hos mobile patienter vælges altid en muskelbesparende lap. Patienter spares for et langvarigt konservativt forløb med sårskift, risikoen for infektion mindskes, og risikoen for at de – i værste fald – får sepsis med udgangspunkt i såret mindskes derfor også [19].

Indførelsen af den kortere postoperative aflastningsperiode af lapperne har ikke overraskende reduceret den mediane indlæggelsestid med 11 dage. En median på 27 indlæggelsesdage kan stadig synes at være længe, men i modsætning til andre opgørelser, hvor patienterne overflyttes til specielle genoptræningssteder straks efter den postoperative lapaflastende fase, varetager UfS selv denne genoptræning. Det vil sige mobilisering af patienten til siddende stilling inden udskrivelse. Vores resultat kan derfor ikke sammenlignes med andres, som kan fortælle om mediane indlæggelsesperioder på 15-21 dage [5, 6].

Efter udskrivelsen skal patienterne straks have foretaget en siddestillingsanalyse. Dette sikrer et varigt godt resultat og forebygger recidiv af tryksårene.

Når man ændrer sine procedurer er det væsentlig, at antallet af reoperationer og komplikationer ikke stiger. De ændrede procedurer har ikke ført til en stigning i disse komplikationer. Andelen af komplikationer, der førte til reoperation, er derimod faldet signifikant, hvilket er afgørende for patienten, der slipper for at skulle igennem flere narkoseforløb.

Komplikationshyppigheden og andelen af reoperationer i den sidste periode svarer til det, man rapporterer i andre opgørelser [5, 6].

Andelen af helede tryksår er stort set den samme i de to perioder. Kun to patienter i begge perioder er endt med manglende heling af såret. I den sidste periode giver dette en overordnet helingssucces for rekonstruktion af tryksårene på 96%, hvilket er sammenligneligt med andre opgørelser [3, 6].

Når vi ser på andelen af recidivsåre, er de to grupper ikke sammenlignelige, da første periode har en væsentlig længere followup-periode end anden periode. Da vi ved, at denne type patienter har en meget stor recidivtendens, vil første periode selvfølgelig have væsentligt flere recidivsåre end sidste periode. I begge perioder er det sårene ved tuber ischiadicum, der er recidiveret, hvilket stemmer overens med litteraturen.

KONKLUSION

Den kortere lapaflastende fase efter laprekonstruktion af tryksår til immobile patienter fra tre til to uger indebærer ingen stigning af komplikationshyppigheden, og andelen af helede tryksår er uændret.

Det er derfor forfatterens opfattelse, at man med fordel kan afkorte den lapaflastende fase hos disse patienter og som følge af dette reducere indlæggelsestiden. En følge heraf er indlysende økonomiske besparelser.

KORRESPONDANCE: Karin Marion Dorsche, Odense Universitetshospital, Universitetscenter for Sårheling/Plastikkirurgisk Afdeling, DK-5000 Odense C.
E-mail: harnow@mail.dk

ANTAGET: 19. august 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Gottrup F, Olsen L. Såre. Baggrund, diagnose og behandling. København: Forlaget Munksgaard, 2008:182-190.
2. Sørensen JL, Lassen MK, Alsbjörn BF et al. Tryksår – Baggrund og behandlingsstrategi. Ugeskr Læger 1997;159:275-9.
3. Cope C, Barry M, Hassall M et al. V-Y advancement hamstring myocutaneous island flap repair of ischial pressure ulcers. Aust N Z J Surg 1995;65:412-6.
4. Jósavay J, Donath A. Modified hamstring musculocutaneous flap for the coverage of ischial pressure sores. Plast Reconstr Surg 1999;103:1715-8.
5. Foster RD, Anthony JP, Mathes SJ et al. Flap selection as a determinant of success in pressure sore coverage. Arch Surg 1997;132:868-73.
6. Foster RD, Anthony JP, Mathes SJ et al. Ischial pressure sore coverage: a rationale for flap selection. Br J Plast Surg 1997;50:374-9.
7. Weston C, Hampton S. TheraPulse ATP for preventing and treating pressure ulcers. Br J Nurs 2003;12:42-6.
8. Kroll SS, Hamilton S. Multiple and repetitive use of the extended hamstring V-Y myocutaneous flap. Plast Reconstr Surg 1989;84:296-302.

9. Demirseren ME, Gökrem S, Özdemir OM et al. Hatchet-shaped tensor fascia lata musculocutaneous flap for coverage of trochanteric pressure sores. Ann Plast Surg 2003;51:419-22.
10. Jósavay J, Sashegyi M, Kelemen P et al. Modified tensor fascia lata musculofasciocutaneous flap for the coverage of trochanteric pressure sores. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2006;59:137-41.
11. Stamate T, Budurca AR. The treatment of sacral pressure sores in patients with spinal lesions. Acta neurochir 2005;93:183-7.
12. Ay A, Aytakin O, Aytakin A. Interdigitating fasciocutaneous gluteal V-Y advancement flaps for reconstruction of sacral defects. Ann Plast Surg 2003;50:636-8.
13. Borman H, Maral T. The gluteal fasciocutaneous rotation-advancement flap with v-y closure in the management of sacral pressure sores. Plast Reconstr Surg 2002;109:2325-9.
14. Yamamoto Y, Tsutsumida A, Murazumi M et al. Long-term outcome of pressure sores treated with flap coverage. Plast Reconstr Surg 1997;100:1112-7.
15. Daniel RK, Wheatley D, Priest D. Pressure sores and paraplegia: An experimental model. Ann Plast Surg 1985;15:41.
16. Homma K, Murakami G, Fujioka H et al. Treatment of ischial pressure ulcers with a posteromedial thigh fasciocutaneous flap. Plast Reconstr Surg 2001;108:1990-6.
17. Tobin GR, Sanders BP, Man D et al. The biceps femoris myocutaneous advancement flap: A useful modification for ischial pressure ulcer reconstruction. Ann Plast Surg 1981;6:396-401.
18. Ichlaka S, Ohura N, Nakatsuka T. Benefits of surgical reconstruction in pressure ulcers with a non-advancing edge and scar formation. J Wound Care 2005;14:301-5.
19. Gusenoff JA, Redett RJ, Nahabedian MY. Outcomes for surgical coverage of pressure sores in nonambulatory, nonparaplegic, elderly patient. Ann Plast Surg 2002;48:633-40.
20. Takahashi PY. Pressure ulcers and prognosis: candid conversations about healing and death. Geriatrics 2008;63:6-9.



LÆGEMIDDELSTYRELSEN

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 8. februar 2010 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

- (N-05-AX-12) Abilify tabletter*, Zcare4 ApS
- (N-06-AX-18) Edronax tabletter*, EuroPharmaDK ApS
- (A-10-BA-02) Metformin »Mylan« tabletter*, Mylan ApS
- (A-07-EC-02) Pentasa suppositorier*, Pharmason ApS
- (D-11-AH-01) Protopic salve*, Orifarm A/S
- (N-06-AB-10) Seroplex tabletter*, EuroPharmaDK ApS

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

- (N-06-AX-21) Xeristar enterokapsler*, PharmaCoDane ApS

gruppe klausuleret til personer, der lider af følgende sygdom: Moderat til svær depression og/eller generaliseret angst. En betingelse for at opnå tilskud efter tilskudsklausulen er derfor, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 8. februar 2010.

*) omfattet af tilskudsprissystemet.