

# Neurologi

## Migrän

Vi har infört ändringar i basläkemedelslistan för 2021 för att utöka möjligheterna till förebyggande behandling mot migrän inom primärvården. Metoprolol och topiramat finns kvar, men vi lägger till amitriptylin och kandesartan som andrahandsalternativ jämte topiramat. Amitriptylin är ett etablerat preparat inom smärtbehandling och det har väldokumenterade effekter både vid kronisk migrän och kronisk spänningshuvudvärk. Vanligt förekommande doser inom specialistvården är 10–40 mg till natten. Sedvanlig start med låg dos och långsam upptrappning, till exempel 10 mg / varannan vecka.

Kandesartan har inte indikation förebyggande behandling vid migrän i FASS-texten men det finns små studier som visar signifikant positiva effekter jämfört med placebo. Det är ett preparat som är välkänt inom primärvården för hypertoni-behandling. Det tolereras väl av de flesta patienterna. Den nya basläkemedelslistan överensstämmer nu bättre med Svenska huvudvärkssällskapets riktlinjer för behandling av migrän.

## Epilepsi

Ur läkemedelssynpunkt inga nyheter under året. Vi har ett antal epilepsiläkemedel att tillgå som specialistpreparat. Lamotrigin och levetiracetam står kvar i basläkemedelslistan. De är välkända läkemedel med förhållandevis begränsade biverkningar och lite interaktioner med andra läkemedel. Det är preparat som används frekvent inom specialistvården och de är välkända preparat även inom primärvården.

## Parkinson

Inga ändringar vad gäller basläkemedelslistan för 2021. Inom specialistvården jobbar vi aktivt med att identifiera patienter som kan vara hjälpta av mer avancerad behandling, som pumpbehandling och Deep Brain Simulation (DBS).

## Sekundärprofylax vid ischemisk stroke

Nytt för 2021 är att vi återinför acetylsalicylsyra på listan jämte clopidogrel. Acetylsalicylsyra har fortfarande en plats i terapiarsenalen och bör därför finnas med i listan.

”Vid stroke utökas trombektomi-fönstret till 24 timmar och tillfällig dubbel trombocythämning för behandling av icke-kardioembolisk minor stroke eller högrisk-TIA införs.”

## Nyheter inom strokevården

Sveriges regioner i samverkan publicerade 15e maj dokumentet Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA, vilket är ett av de nya vårdförloppen framtagna enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner för att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården.

Det har inneburit ett stort arbete för landets stroke-enheter att gå genom måldokumentet och säkerställa att man redan följer målen eller har planer för hur man ska uppnå målen. Strokegruppen Västmanland har aktivt jobbat med att ta fram instruktioner för alla nyheter nu under sommaren och hösten 2020.

Två nyheter är särskilt värda att belysa:

Utökandet av trombektomifönstret till 24 timmar samt införandet av tillfällig dubbel trombocythämning för behandling av icke-kardioembolisk minor stroke eller högrisk-TIA.

Intravenös trombolyt är som bekant välanvänt vid akut reperfusionbehandling av ischemisk stroke inom 4.5 timmar men på senare år har även mekanisk trombektomi med 'stent retriever' kommit att bli alltmer använt. Trombektomi kan användas med eller utan föregående trombolyt beroende på insjuknandetiden, och trombolyt kan ges under ambulanstransport som så kallad "ship and drip".

För att hitta patienter aktuella för trombektomi med en centralt belägen ocklusion i ett stort blodkärl som arteria cerebri media utför vi därför utöver en DT hjärna också en DT angiografi av artärerna från hjärtat och till toppen av skallen på alla strockelarm. Nativ DT + DT-angiografi vid strockelarm är standard i hela landet.

Tidigare var trombektomi möjlig upp till 6 timmar efter insjuknandet, men undantag gjordes för vissa tromber i bakre cirkulationen där intervention kunde göras senare. I och med resultatet från studierna DAWN och DEFUSE3 som båda publicerades våren 2018 har indikationen för trombektomi kunnat utökas till hela 24 timmar efter insjuknandet.

Tidigare pratades det mycket om att "tid är hjärna" vilket fortfarande är viktigt att tänka på, där tid till intervention är direkt avgörande för hur mycket hjärnvävnad som kan räddas. Nu pratas det också mycket om att "hjärna är tid" där det syftas på de individuella förutsättningar varje patient har att klara en total ocklusion av ett blodkärl, genom att hjärnvävnaden får syre och näring, delvis, kortvarigt, genom kollateralcirkulationen.

Vad man insett är att även om upp emot 24 timmar har gått sedan insjuknandet, och delar av hjärnan har infarcerat,



så kan det fortfarande finnas ett stort område kvar att rädda. Men även de områdena kommer att infarcera på sikt om inte tromben avlägsnas.

Man vill trombektomera patienter med 'mismatch' mellan symtom och radiologi, alltså patienter med påtagliga symtom men ännu inte stor infarcerad vävnad. För att skilja ut dessa patienter kommer det nu rekommenderas att samtliga sjukhus som handlägger strokepatienter ska komplettera DT-hjärna och DT-angiografi med en speciell röntgen kallad DT-perfusion. Denna ska utföras hos patienter som insjuknat inom 6 - 24 timmar och som bedöms vara aktuella för behandling. Med hjälp av en kombination av olika bilder som blodflöde och blodvolym kan en bild tas fram av hur stor del av hjärnan som redan är infarcerad respektive hur stor del som ännu lever, men som kommer att gå under om inte tromben avlägsnas. Detta kommer innebära en stor omställning i det akuta omhändertagandet. Tidsramen för strokelarm kommer utökas från 12 till 24 timmar vilket innebär nya rutiner för ambulanssjukvården. Representanter för akutmottagningen, ambulansen och röntgen har därför medverkat under höstens strokemöten. DT-perfusion har fått högsta prioritet i Socialstyrelsens rekommendationer.

Efter resultaten från studierna CHANCE och POINT kommer det även från i år att införas rekommendation avseende dubbel trombocythämning vid icke-kardioembolisk minor stroke eller högrisk-TIA. Detta har fått prioritet 3 på Socialstyrelsens rekommendationer. Som minor stroke avses patienter med NIHSS-poäng under eller lika med 3 och som högrisk-TIA avses patienter med ABCD2-score över eller lika med 4.

### **ABCD2-score:**

Ålder (**A**ge) >60 år 1 poäng.

**B**lodtryck >140/90 ger 1 poäng.

Klinisk presentation (**C**linical presentation) med ensidig svaghet ger 2 poäng och talsvårigheter utan svaghet ger 1 poäng.

**D**uration >60 minuter ger 2 poäng, 10 - 59 minuter 1 poäng och <10 minuter 0 poäng. **D**iabetes i sjukhistorien ger 1 poäng.

Dessa patienter kommer att behandlas med kombinationen acetylsalicylsyra 75 mg + clopidogrel 75 mg 1 tablett dagligen vardera i 3 veckor för att sedan föras över till singelbehandling med enbart en trombocythämmare.

Vissa patienter kommer att ha förlängd eller till och med livslång dubbel trombocythämning och det gäller då framför allt de med mycket avancerad precerebral eller intracerebral storkärlssjukdom.

På Stroke- och neurologisektionen ska vi se till att remisserna till primärvården innehåller tydliga behandlingsplaner för dessa patienter.

---

### **Expertgrupp Neurologi**

**Per-David Alm**

per.david.alm@regionvastmanland.se

**Hannes Frejd**

Hannes.frejd@regionvastmanland.se

### **Länkar:**

[Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA](#)

