

Tiden är A och O vid hjärnattack

TIA och stroke skall utredas akut – i analogi med bröstsmärta och hjärtinfarkt



THOMAS MÄTZSCH, docent, överläkare, kliniken för kärlsjukdomar Malmö-Lund, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
thomas.matzsch@med.lu.se

Den rådande situationen med långvarig fördröjning mellan symtom och diagnos respektive behandling av TIA (transitoriska ischemiska attacker) och stroke är oförsvarbar. Detta blir omedelbart uppenbart om man tänker i analogier: TIA som instabil angina och stroke som hjärtinfarkt.

Med detta koncept av »hjärnattack« för ögonen skulle ingen läkare eller sjuksköterska idag våga avstå från att låta den drabbade med det allra snaraste bli föremål för skyndsamt utredning, diagnostik och behandling. Oförståeligt nog händer det ändå – dagligen.

Vi vet att

- stroke är den tredje vanligaste orsaken till död och den vanligaste orsaken till neurologisk invaliditet
- mer än 80 människor i Sverige varje dag drabbas av stroke (omkring 30 000/år)
- karotisstenos är orsaken till åtminstone cirka 10 procent av dessa stroke – alltså minst 3 000 stroke varje år bara i Sverige
- karotiskirurgi är den mest effektiva metoden att förebygga stroke vid karotisstenos – både som primärprofylax vid asymtomatisk karotisstenos och som sekundärprofylax vid symptomatisk stenosis
- endast cirka 900 personer/år opereras för karotisstenos i Sverige. Vad som händer med resterande drygt 2 000 som skulle ha kunnat opereras och kanske besparats en stroke är en (tyvärr inte bara retorisk) fråga, som får tanken att svindla när man tänker i hjärtanalogier.

Hur ser verkligheten ut?

Ross Naylor har analyserat förhållandena i Storbritannien beträffande dröjsmålet mellan en neurologisk episod (TIA, amaurosis fugax eller stroke), or-

sakad av karotisstenos, och operation [1]. Resultaten är minst sagt skrämmande – och vi har liknande förhållanden i Sverige: Mediantiden från symtom till kirurgi var ofattbara 189 dagar – mer än 6 månader! – enligt en engelsk granskning publicerad 1997.

Inte har det blivit mycket bättre med tiden: I en populationsbaserad studie från Oxford konstaterades att mediantiden 2005 fortfarande var 100 dagar [2]. I den pågående GALA-studien (internationell multicenterstudie som jämför resultaten av karotiskirurgi vid generell narkos med lokalanestesi, där även svenska centra deltar) är mediantiden 82 dagar – nästan 3 månader.

I Sverige registreras sedan maj 2005 i det nationella kärlregistret Swedvasc datum för senaste symtom i samband

med karotisoperation. Visserligen har dessa data ännu inte validerats fullt ut, men mediantiden ligger runt 25 dagar (Claes Forssell, Linköping, pers medd, 2007); detta är bättre än förhållandena i Storbritannien, men långt ifrån något att yvas över.

Varför bråttom?

Är det då så förtvivlat viktigt att utredning och behandling sker snabbt? Svaret är ett klart, entydigt och omissförståeligt ja. Vid behandling

av stroke med trombolys är tidsgränsen för inledning av behandling 3 timmar efter insjuknande! Det rör sig alltså om mycket akut utredning och behandling om någon positiv effekt skall kunna påräknas utan otillbörligt risktagande.

Men detta handlar ju om akuta stroke – inte är det väl lika bråttom efter TIA eller amaurosis fugax, tillstånd som går över på några minuter och som inte sätter några spår? Jo, även här är det av yttersta vikt att patienten snabbt kommer till diagnostik och behandling i de fall symtomen orsakas av embolisering från en karotisstenos.

I en analys av sammanlagda data från alla de tre stora studierna på patienter med symptomatiska karotisstenoser (NASCET [North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial], ECST [European Carotid Surgery Trial] och VA[Veteran Administration]-studi-



Foto: Tek Image/Science Photo Library

Tiden tickar iväg oförsvarbart länge innan patienter med TIA/stroke får diagnos och behandling.

en; totalt över 6 000 patienter) visade Peter Rothwell och medarbetare [3] att om 1 000 patienter med symptomatiska karotisstenoser opereras, kan drygt 180 stroke förhindras inom 5 år om patienten opereras inom 2 veckor efter symptomdebut. Väntade man 2–4 veckor sjönk siffran till under 100, och till mindre än 60 om man väntade 4–6 veckor (alltså svenska förhållanden).

Om patienterna inte opererades förrän senare än 12 veckor efter symptomdebut förhindrades endast 8 stroke på 5 år. Dessa patienter hade alltså praktiskt taget ingen nyttoeffekt av operationen – men konfronterades fortfarande med en cirka 6-procentig operationsrisk. Nettoeffekten av en operation blir således ne-

SAMMANFATTAT

Stroke är mestadels en hjärninfarkt och TIA dess förbådare – tänk hjärnattack i analogi med hjärtattack!

TIA/stroke kan förebyggas med bl a operation.

Resultaten av en operation är direkt beroende på tiden efter de första symtomen.

Bäst resultat fås om en operation genomförs inom två veckor efter initiala symtom.

TIA och stroke är akuta symtom som skall utredas akut, helt i analogi med bröstsmärta och hjärtinfarkt.

Ett effektivare initialt omhändertagande måste anses som absolut påbudet i Sverige.

gativ efter ett sådant dröjsmål, dvs flera stroke framkallas av operationen än vad som förhindras!

Detta till synes entydiga resultat kompliceras dock vid hänsyn till patientens kön. I en subgruppsanalys av den redan nämnda databasen omfattande drygt 6 000 patienter avslöjades att medan män med täta stenoser hade en kvarstående effekt av operationen upp till 12 veckor i storleksordningen 200 inbesparade stroke/1 000 opererade/5 år, hade kvinnor den allra största nyttan om de blev opererade inom 2 veckor – över 400 stroke/1 000 opererade/5 år [4]. En viss effekt (66 stroke) kvarstod om operationen dröjde 4 veckor, medan det därefter inte fanns någon nytta av ingreppet, bara risker.

Orsaken till bättre operationseffekt

Varför minskar då operationsnyttan så drastiskt med tiden? Svaret har varit känt sedan länge och ligger sannolikt i plackmorfologin, dvs den symtomgivande karotisstenosens aterosklerotiska plack med dess sammansättning och utseende. Medan 66 procent som hade opererats inom 4 veckor hade embolibe-nägna trombbildningar på karotislacket, hade endast 21 procent som opererats senare sådana pålagringar [5].

Dessutom har det visats att patienter med i tiden närliggande symtom oftare hade plackulcerationer och trombbildning vid duplexundersökning samt stegrade inflammationsvariabler i det lipidrikare plackinnehållet. Med tiden modifieras och stabiliseras plackkompositionen, och utläkningen resulterar i en minskad emboliseringspotential.

Tidiga operationsrisker

Den gamla frågan om ökade risker vid tidig operation härstammar från 1960-talet, dvs innan DT och MR var tillgängliga. Rekommendationen då var att vänta cirka 6 veckor med operation av strokedrabbade patienter för att undvika risken för hemorragisk transforme-

ring med risk för hjärnblödning. Senare tids studier har ganska entydigt visat att denna rädsla är väsentligen ogrundad [6].

Dessutom vet vi idag att risken för en ny stroke är härresande 21 procent inom 2 veckor och 32 procent vid 12 veckor. Man har också funnit att risken för ny stroke efter en initial stroke var mindre, medan risken för stroke hos TIA-patienten var extremt hög under den tidiga perioden efter första symtom [7].

Nu mera anses att risken kan vara så hög som 10 procent under de första 7 dagarna och 30 procent inom 4 veckor – siffror som är långt ifrån de tidigare angivna 15 procent under hela det första året.

Till synes paradoxalt medför dessa nya siffror att även om risken för komplikationer skulle vara ökad vid tidig operation, blir nettoeffekten av en operation ändå större än om operationen utförs senare och med lägre komplikationsfrekvens.

Ett exempel: En karotisstenosoperation kan med en, idag accepterad, komplikationsrisk på 4 procent förhindra runt 80 stroke/1 000 operationer/5 år. Om komplikationsfrekvensen i stället är dubbelt så hög, 8 procent, men operationen görs inom 2 veckor, sparas 175 stroke/1 000 operationer/5 år, dvs mer än dubbelt så många – trots den fördubblade operationsrisken! Även vid operation inom 2–4 veckor sparas 100 stroke trots den högre perioperativa komplikationsfrekvensen.

Med andra ord: Ju tidigare man opererar, desto högre komplikationsfrekvens kan accepteras med en trots detta bättre nettoeffekt av operationen – ett resonemang som strider mot gängse uppfattning och intuitivt tänkande.

Vetenskap och beprövad erfarenhet

Var ligger då fördröjningen? I populationsstudien från Oxford [2] fann man att mediantiden mellan symtom och remittering till sjukhus var 9 dagar, till ut-

förd ultraljudsundersökning med duplex 33 dagar och till operation 100 dagar. Endast 6 procent av patienterna genomgick kirurgi inom 2 veckor, och endast 43 procent hade opererats inom 12 veckor – nedslående siffror från ett i strokesammanhang välrenommerat forskningscentrum!

I Sverige kan vi inte ens svara på den frågan, eftersom undersökningar helt saknas.

Ovan sagda leder till att vi inte längre kan underlåta att tillförsäkra våra TIA-/strokepatienter det omhändertagande som all vetenskap och beprövad erfarenhet numera tillerkänner dem. Vi behöver genomdriva ett paradigmskifte inom strokevården för att leva upp till det som hjärtinfarktvården åstadkom redan för över 20 år sedan.

När kommer det första Lex Maria-ärendet och den första HSAN-anmälan för fördröjd utredning och behandling av en TIA-/strokepatient? Inom hjärtinfarktvården har detta inte varit sällsynt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Naylor RA. Time is brain! *Surgeon*. 2007;5:23-30.
2. Fairhead JF, Mehta Z, Rothwell PM. Population-based study of delay in carotid imaging and surgery and the risk of recurrent stroke. *Neurology*. 2005;65:371-5.
3. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, Warlow CP, Barnett HJM; for the Carotid Endarterectomy Trialists Collaboration. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet*. 2004;363:915-24.
4. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, Warlow CP, Barnett HJM. Sex difference in the effect of time from symptoms to surgery on benefit from carotid endarterectomy for transient ischaemic attack and non-disabling stroke. *Stroke*. 2004; 35:2855-61.
6. Bond R, Rerkasem K, Rothwell PM. Systematic review of the risks of carotid endarterectomy in relation to the clinical indication for and timing of surgery. *Stroke*. 2003;34:2290-303.

annons