

Pasienter med akutt hjerneslag skal behandles som tiltrengende øyeblikkelig hjelp. Forskingen om hjerneslagsykdommer må styrkes

Hjerneslag – en ny epoke

På verdensbasis rammes hvert år 15 millioner mennesker av hjerneslag (1). I Norge rammes om lag 15 000 personer årlig. Ellekjær & Selmer anslår i en artikkel i dette nummeret av Tidsskriftet at en økende andel eldre frem mot 2030 alene vil resultere i en 50% økning i antall hjerneslag (2). Hjerneslag er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming og den tredje hyppigste dødsårsaken og resulterer i store lidelser for pasienter og pårørende. Fjærtøft & Indredavik understreker i en annen artikkel at kunnskapen om kostnader relatert til hjerneslag i Norge er begrenset, men de estimerer samfunnskostnadene til 7–8 milliarder kroner årlig (3). Likevel er hjerneslag lenge blitt viet liten oppmerksomhet. Det må nå endres. I dette nummeret av Tidsskriftet starter en temaserie om hjerneslag.

Det er bred enighet om at primærforebyggende tiltak, i særlig grad behandling av hypertensjon, vil kunne gi en betydelig reduksjon i antall slagtilfeller (1). Det er også bred enighet om at slagenheten skal være en hjørnestein i all behandling av pasienter med akutt hjerneslag. En slagenhet er en spesialenhet i sykehus med faste senger, der all behandling og rehabilitering er organisert av personale med særskilt kompetanse innen håndtering av hjerneslag. Behandling i slagenhet er kostnadseffektivt og gir pasienter bedret overlevelse og mindre grad av funksjonshemming (4). Det er et alvorlig tankekors at en stor andel pasienter med hjerneslag i Norge fortsatt ikke blir behandlet i en slagenhet. Det er ikke tilstrekkelig at slagenheten settes på et organisasjonskart, enheten må også oppfylle internasjonalt anerkjente standarder for behandling og bemaning (4).

Få pasienter med akutt hjerneslag får i dag potensielt kurativ behandling. Intravenøs trombolytisk behandling med rekombinant human vevsplasminogenaktivator (r-tPA) gitt innen tre timer etter symptomdebut av hjerneinfarkt kan gi bedret overlevelse og funksjonsnivå (5, 6). Behandling med faktor VII-konsentrat gitt innen fire timer etter symptomdebut kan redusere blodvolumet ved hjerneblødning (7). Tid er en viktig begrensende faktor for at flere pasienter skal kunne tilbys slik akutt behandling.

Befolkningen har begrenset kunnskap om symptomene ved hjerneslag (8). Det er derfor nødvendig å øke folks kunnskap om symptomene og formidle at det er svært viktig å kontakte helsevesenet raskt ved mistanke om hjerneslag. Helsetjenesten må på sin side etablere behandlingsskjeder som sikrer pasienter med symptomer på hjerneslag rask diagnostikk og behandling, tidlig rehabilitering og oppfølging ved pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Dette stiller store krav til samhandling på tvers av medisinske spesialiteter, finansieringssystemer og forvaltningsnivåer. Alle pasienter med symptomer på hjerneslag skal innlegges som tiltrengende øyeblikkelig hjelp. Forbigående symptomer på hjerneslag, såkalte transitoriske iskemiske anfall, er et varsel om et truende slag, og slike pasienter bør henvises som øyeblikkelig hjelp til en nevrologisk avdeling eller slagenhet for nevrologisk vurdering og utredning.

Forskning om hjerneslag har fått påfallende lite ressurser sammenliknet med bevilgninger til forskning om andre sykdomsgrupper, blant annet hjertesykdom og kreft. Dette gjelder i de fleste europeiske land (9). En av forklaringene kan være en holdning om at

det er lite medisinen kan bidra med ved hjerneslag. Utviklingen innen dette fagfeltet de siste ti årene gjør at slike holdninger må revideres. Det finnes i dag effektiv behandling ved hjerneslag, og intensiv overvåking og behandling i akuttfasen har stor betydning for prognosen. Utvikling innen basal nevrovitenskap og bildediagnostikk har gitt ny forståelse av hjerneslagets patofysiologi og har bedret mulighetene for å vurdere størrelsen av området i hjernen som har redusert blodtilførsel og som kan reddes ved trombolytisk behandling. Det er også knyttet forhåpninger til nye behandlingsmuligheter som trombektomi.

Det er godt dokumentert at hjernen har evne til å gjenoppta funksjoner under riktig rehabilitering, men vi trenger mer kunnskap om hvilke rehabiliteringstiltak som er mest effektive. Et eget hjerneslagregister vil kunne bidra til å øke kunnskapen om forløp, prognose og effekt av ulike behandlingstiltak. Det er også behov for epidemiologisk kunnskap som kan benyttes i planlegging av helse-tjenesten (2). For å kunne yte best mulig behandling og omsorg trengs det kunnskap om pasienters og pårørendes erfaringer med hjerneslag og deres møte med helsetjenesten (10). Vi står foran en ny epoke for hjerneslag.

Jan C. Frich
j.c.d.frich@medisin.uio.no

David Russell
david.russell@medisin.uio.no

Jan C. Frich (f. 1970) er forsker ved Allmenntilleggsmedisinsk forskningsenhet, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, lege ved Nevrologisk avdeling, Ullevål universitetssykehus og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han har redigert temaserien om hjerneslag.

David Russell (f. 1948) er Seksjonsoverlege ved Cerebrovaskulær seksjon og professor ved Nevrologisk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet og leder i Norsk forening for hjerneslagsykdommer. Han har bidratt til å initiere temaserien om hjerneslag.

Oppgitte interessekonflikter: Jan C. Frich har ingen oppgitte interessekonflikter. David Russell har mottatt honorar, reisetilskudd eller forskningsmidler fra flere medisinske firmaer de siste fem årene, bl.a. Astra-Zeneca, Boehringer Ingelheim, MSD, Pfizer og Solvay.

Litteratur

1. The atlas of heart disease and stroke. Verdens helseorganisasjon. www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/ (20.2.2007).
2. Ellekjær H, Selmer R. Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 740–3.
3. Fjærtøft H, Indredavik B. Kostnadsvurderinger ved hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 744–7.
4. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002: CD000197.
5. Wardlaw JM, Zoppo G, Yamaguchi T et al. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev 2003: CD000213.
6. Wahlgren N, Ahmed N, Dávalos A et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. Lancet 2007; 369: 275–82.
7. Mayer SA, Brun NC, Begtrup K et al. Recombinant activated factor VII for acute intracerebral hemorrhage. N Engl J Med 2005; 352: 777–85.
8. Flaherty ML, Kleindorfer D, Kissela BM. Public stroke awareness and education. Semin Cerebrovasc Dis Stroke 2004; 4: 130–3.
9. Pendlebury ST, Rothwell PM, Algra A et al. Underfunding of stroke research: a Europe-wide problem. Stroke 2004; 35: 2368–71.
10. McKeivitt C, Redfern J, Mold F et al. Qualitative studies of stroke: a systematic review. Stroke 2004; 35: 1499–505.