Ulrike Waje-Andreassen (f. 1962) er 1. amanuensis og overlege ved Senter for nevrovaskulære sykdommer, Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Frøyshov HM. Hva er god behandling ved akutt hjerneslag? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 625.
2. Logallo N, Kvistad CE, Naess H et al. Mild stroke: safety and outcome in patients receiving thrombolysis. Acta Neurol Scand Suppl 2014; 129 (198): 37–40.
3. Furlan AJ. Endovascular therapy for stroke – It's about time. N Engl J Med 2015. [Epub ahead of print].
4. Sundseth A, Thommessen B, Rønning OM. Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke: a randomized controlled trial. Stroke 2012; 43: 2389–94.
5. AVERT Trial Collaboration group. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomized controlled trial. Lancet 2015. [Epub ahead of print].

H. Frøyshov svarer:

Takk for en engasjert kommentar. Det er gledelig at forfatterne bak innlegget er enige i at det ikke er noe motsetningsforhold mellom akuttbehandling og slagenhetsbehandling, slik det også fremkommer i min leder. I lederen er retningslinjens definisjon av akuttfasen brukt, en annen definisjon av akuttfasen kan ligge bak noe av det kommentaren peker på som uenigheter, se for øvrig mitt tilsvarende til dr. Jusufovic og kollegaer.

Jeg oppfatter det som at Thomassen har misforstått ingressen, og det er synd. Mitt hovedpoeng i lederen er at overdreven vekt på trombolytisk behandling kan gi overforbruk og feil prioritering av ressurser. Lederen diskuterer ikke enkeltpasienter, men kunnskapsbasert behandling og hvordan vi kan prioritere ressursene best mulig. Vi må unngå å prioritere enkeltpasienter på bekostning av andre, derfor må vi planlegge behandlingsskjeden ut fra mest nytte for flest mulig. Det er ikke til hinder for individualisering av behandlingen til den enkelte pasient.

Ved tilbud om trombolytisk behandling av hjerneslag med lette utfall, står valget mellom å godta en liten risiko for alvorlige komplikasjoner eller økt sjanse for at et lite utfall blir persisterende. Dette valget bør være pasientens når det er mulig. Det bidrar ikke til underbehandling, men til samvalg (1).

Lederen diskuterer ikke trombeaktomi (se også tilsvarende til dr. Jusufovic). Påstanden i kommentaren om at behandlingen ved akutt hjerneslag kun har ett fokus, og at det er nevrologisk, mener jeg understreker behovet for indremedisinsk kompetanse ved organiseringen av behandlingsskjeden for hjerneslag og i behandlingen av pasientene (2). Den generelle indremedisinen, geriateren og nevrologen har alle mye å bidra med i hjerneslagbehandlingen, og vi bør erkjenne at vi har felles mål og at vi innehar både komplementær og overlappende kunnskap. Pasientene er ikke tjent med et ensidig fokus eller revirkamp, men ved å utnytte den brede og den spisse kompetansen som finnes, kan vi gi pasientene med hjerneslag den beste behandlingen.

Lang erfaring og «store» pasientvolum kan være nyttig for den enkelte lege, men det er mange år siden det var avgjørende for organisering av behandlingsskjeder eller valg av metoder som etablert behandling. I dag utvikler medisinen seg raskt og studier kan ha sprikende resultater. Derfor må vi bruke verdens tilgjengelige viten sammenstillet til et bredt kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag. Ut fra det kan vi ta kloke, gjennomtenkte valg for organisering av behandlingsskjeder og bruk av behandlingsmetoder. Og alt dette må også være tilpasset forholdene i vårt land og en bærekraftig ressursfordeling.

Ulike meninger, ulike innfallsvinkler og debatt er viktige faktorer for faglig utvikling. Derfor vil jeg takke for at dette betydningsfulle fagmiljøet bidrar med sine synspunkter.

Hanne Frøyshov

hanne.froyshov@unn.no

Hanne Frøyshov (f. 1967) er overlege ved medisinsk avdeling UNN-Harstad.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Nylenna M. Samvalg – kun et par minutter ekstra. Dagens medisin 2014; 7.5.2014.
2. Frøyshov H, Indredavik B, Wyller TB. Indremedisinen, en aktiv bidragsyter i slagbehandlingen. Indremedisinen 2011; 4: 11–3.

Re: Hva er god behandling ved akutt hjerneslag?

Hjernens fysiologi innebærer en ekstrem sårbarhet for sirkulasjonssvikt, og gjør dermed behandling av hjerneslag til akuttmedisin av fremste klasse. Det eneste målet i akuttfasen er å begrense hjerneska-den. I sin lederartikkel om god behandling av hjerneslag vektlegger Hanne M. Frøyshov slagenheten med tverrfaglig tilnærming og rehabilitering (1). Hun er nokså skeptisk til «overdreven» trombolytisk behandling. Som vaskulære nevrologer mener vi at Frøyshov i for liten grad forholder seg til moderne kunnskap om hjernens fysiologi. Altfor mange hjerneslagpasienter blir i dag liggende å vente i et akuttmottak mens hjerneceller gradvis dør. Hjerneslagpasienten krever umiddelbar nevrologisk undersøkelse, CT og/eller MR av hjernen og, dersom indikasjon er til stede, trombolytisk og/eller endovaskulær behandling ved et spesialisert sykehus. Det terapeutiske tidsvinduet for intravenøs trombolyse ble først anslått til 3 timer. Senere undersøkelser tydet på at man kunne gi trombolytisk behandling opp til 4,5 timer, men dette er senere trukket i tvil (2).

Det siste halve året har verdens hjerneslagmiljø sydet av entusiasme etter hvert som den ene positive endovaskulære studien etter den andre er publisert. Resultatene innebærer at det må foretas betydelige organisatoriske endringer (3), noe lederartikkelen dessverre ikke diskuterer.

Av ulike årsaker vil ikke alle hjerneslagrammete kunne tilbys reperfusjonsbehandling. Pasienteleksjonen til ulike behandlingsformer krever høy kompetanse innen både prehospital medisin, nevrologi og nevreradiologi. I følge European Stroke Organisations anbefalinger for slagenheter er overvåkning og optimalisering av hjernens perfusjon vel så viktig som tverrfaglighet (4). Frøyshov skriver at opptreningen skal starte så tidlig som mulig. Dette kan være en sannhet med modifikasjoner. Resultatene fra en fersk studie viser at det kan gå dårligere med pasienter som mobiliseres tidlig (innen 24 timer), enn i den subakutte fasen (24–48 timer) (5). Slagenhetens fortreffelighet er for lengst dokumentert, men vi må vokte oss vel slik at fagfeltet får lov til å utvikle seg videre i tråd med kunnskapsomfanget.

Frøyshov konkluderer med at fremtidens slagleger må håndtere blåløs og teknologi. For oss vaskulære nevrologer har dette vært en del av hverdagen de siste ti årene. Fremtidens slagleger må ha inngående kunnskap innen nevrologi og nevreradiologi, og et høyt pasientvolum for å kunne individualisere behandlingen slik at mest mulig av hjernen kan bevares.

Mirza Jusufovic

mirza.jusufovic@medisin.uio.no

Mirza Jusufovic (f. 1980) er lege og stipendiat ved Nevrologisk avdeling, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter. Medforfattere: Else Charlotte Sandset, Anne Hege Aamodt, Bjørnar Hassel, Sigrun Kierulf Brækken, Mona Skjel-land, Christian Georg Lund

Litteratur

1. Frøyshov HM. Hva er god behandling ved akutt hjerneslag? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 625.
2. Alper BS, Malone-Moses M, McLellan JS et al. Thrombolysis in acute ischaemic stroke: time for a rethink? BMJ 2015; 350: h1075.
3. Furlan AJ. Endovascular Therapy for Stroke – It's about Time. N Engl J Med 2015.
4. Ringelstein EB, Chamorro A, Kaste M et al; ESO Stroke Unit Certification Committee. European Stroke Organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. Stroke 2013; 44: 828–40.
5. AVERT Trial Collaboration group. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. Lancet 2015.

>>>