

Cervikala artärdissektioner (CAD)

PM för handläggning av patient med dissektion i ett halskärl (karotis eller vertebralis) avseende akut behandling, sekundärprevention och uppföljning.

Sammanfattning

Dissektion i karotis eller vertebralis är en vanlig strokeetiologi hos patienter <50 år, men förekommer även i högre ålder. Ischemisk stroke orsakad av dissektion kan behandlas akut med trombolys och/eller trombektomi om patienten uppfyller övriga kriterier för dessa behandlingar. Subaraknoidalblödning orsakad av intrakraniell dissektion är ett potentiellt livshotande tillstånd och föranleder omedelbar kontakt med neurointerventionist och neuroanestesiolog (se akut behandling). Bifynd av isolerad asymtomatisk dissektion föranleder ingen akut eller profylaktisk åtgärd. Patienter med multipla asymtomatiska dissektioner utan känt trauma genes remitteras polikliniskt till vaskulär neurolog för ställningstagande till utredning och profylax.

Bakgrund

CAD innebär ett vägghematom i aa. karotis interna eller vertebralis. Dissektionen klassificeras som extra- eller intrakraniell och kan orsaka:

- Ischemisk stroke eller TIA via embolisering eller ocklusiv lokal trombos
- Lokala symtom i form av lateraliserad huvudvärk/nackvärk, kompressionssymtom via tryck från vägghematomet mot närliggande strukturer (partiellt Horners syndrom, kranialnervpåverkan)
- Subaraknoidalblödning (vid intrakraniell dissektion, ovanligt).

Dissektion kan också vara asymtomatisk och upptäckas som bifynd på radiologi eller ultraljudsundersökning av annan anledning. Orsaken är oftast spontan/idiopatisk men kan vara traumatisk, t.ex. efter högenergivåld. CAD är en mindre vanlig etiologi till stroke i stort, men orsakar uppemot 25% av ischemisk stroke hos patienter <50 år).

Diagnos

Patienter med symtom på CAD utreds med DT+DTA. Vid CAD-fynd, kontrollera att Willis cirkel är beskriven i svaret – be om komplettering annars. Om misstanke om CAD kvarstår kan man upprepa undersökningen eller göra MR med kontrast – diskutera med neuroradiolog.

Akut behandling

Trombolys och trombektomi rekommenderas enligt rutin om indikation föreligger och kontraindikationer saknas. Akut aortadissektion är en absolut kontraindikation till trombolys. Vid trombektomi kan patienten behöva ett stent för att upprätthålla flödet i det dissekerade kärlet.

CAD med symtomgivande ocklusion eller tät stenosering kan ge hypoperfusion vid inkomplett Willis cirkel. Symptomen kan fluktuera med kroppsläge och blodtryck. I denna situation eller vid recidiverande embolier trots farmakologisk behandling kan stentning också vara aktuellt, om än relativt ovanligt.

Status: **Publicerad**

CAD kan kompliceras av floterande tromb (=tromb som är fäst vid artärväggen i ena änden, medan den andra änden är kontrastomfluten). Detta behandlas med fulldos lågmolekylärt heparin (i regel Fragmin) eller heparininfusion och ny radiologisk kontroll med DTA efter 3–4 dagar. Endovaskulär behandling kan övervägas i utvalda fall. Evidens saknas för vad som är optimal behandling.

Vid subaraknoidalblödning pga intrakraniell dissektion tas kontakt med neurointerventionist för diskussion kring behandling, samt med NIVA-jour för neuroprotektiv vård.

Patient med dissektion utan stroke- eller TIA-symptom, men som har Horners syndrom, trycksymptom från kranialnerver eller typisk huvudvärk rekommenderas inläggning för observation, specialistbedömning, insättning av sekundärprevention och information. Undantag: symptomdebut >2 veckor sedan. Dessa kan få sekundärprevention på akuten och handläggs vidare via dagvård eller högprioriterat återbesök. Bifynd av äldre dissektion på DTA eller ultraljud utförd av helt orelaterad anledning föranleder i regel ingen ytterligare åtgärd. Undantag är bifynd av dissektion i fler än ett kärl (t.ex. båda karotiderna eller vertebralerna), som kan föranleda poliklinisk utredning för bindvävssyndrom.

Sekundärprevention

Vid halskärlsdissektion som givit upphov till stroke/TIA som ej behövt reperfusionbehandling:

- Trombocythämmare (dubbla eller enkla) enligt [PM för sekundärprevention](#)
- Antikoagulantia kan användas som sekundärprofylax, men har något högre blödningsrisk, varför trombocythämning är att föredra till de flesta. Antikoagulantia kan t.ex. väljas under första 3 månaderna (fram till DTA-kontroll) till patienter med tät stenoserande eller långsträckt dissektion där man är orolig för turbulens eller blodstagnation i fickor/bakvatten i artären.
- Vid traumatisk dissektion finns i regel ytterligare skador (mjukdelar, skelett etc) som kan behöva traumakirurgi. Hos dessa startas aspirin eller lågmolekylärt heparin i samråd med ansvarig kirurg och ofta även neurointerventionsjour.

Efter trombolys och trombektomi ges sekundärprevention enligt ovan efter DT-kontroll. Hos patienter med synlig tromb i dissektionsområdet tidigareläggs DT- samt DT-angiokontroll till ca 12–18 tim efter reperfusionbehandlingen.

Graviditet/fysisk aktivitet

En dissektion genomgången >3 mån sedan innebär generellt inte en kontraindikation för vaginal förlossning eller begränsning vid fysisk aktivitet. Patienter med flera genomgångna dissektioner bör diskuteras med strokejour avseende förlossningssätt. Kontaktsport, extern nackmanipulation av naprapat/kiropaktor och tyngdlyft på gym avråds i 3 mån fram till återbesök.

Status: **Publicerad**

Vidare utredning

Färre än 1% av alla dissektioner orsakas av genetisk bindvävssjukdom (t.ex. Marfans eller vaskulärt Ehler Danlos syndrom). Bindvävssjukdom kan misstänkas vid påtaglig fibromuskulär dysplasi (FMD), multipla eller recidiverande dissektioner (i frånvaro av stort trauma), bikuspid aortaklaff, hyperelasticitet i hud och leder, anletsdrag som väcker misstanke om medfött syndrom, samt bindvävssjukdom i nära släkt. Vid specifik misstanke utförs genetisk testning.

Återbesök/behandlings tid

Läkningskontroll med DTA 2–2,5 månader efter insjuknande inför återbesök 3 månader efter stroke. Vid fullständig läkning kan behandling avslutas. Om man inledde sekundärprevention med orala antikoagulantia och viss, men inte fullständig läkning skett, kan man byta till Trombyl 75 mg x1 vid 3 mån. Vid kvarvarande stenosis, pseudoaneurysm eller oregelbundenhet i kärlet ska behandlingen fortsätta i 12 månader. Ett fåtal patienter har indikation för längre (tills vidare) behandling – exempelvis vid svår kvarvarande stenosis, dubbellumen eller pseudoaneurysm med förutsättningar för blodstagnation. Överväg i så fall ny DTA vid 1 år. Vid tveksamhet: konsultera strokejour, vb därefter remiss till neurologisk vaskulärrond. Om patienten har en annan indikation för trombocythämning eller OAK fortsätter dessa tills vidare.

Allmänna råd

Många patienter är oroliga för att röra på huvudet i efterförloppet av en dissektion. Oron och den initiala värken från den dissekerade artären leder ofta till förändrat rörelsemönster vilket hos många ger ett cervikalt muskulärt spänningstillstånd och spänningshuvudvärk. Detta kan med fördel ingå i patientinformationen och patienten bör uppmuntras att inte hålla huvudet fixerat och försöka upprätthålla ett så normalt rörelsemönster som möjligt. Utvecklat spänningstillstånd och spänningshuvudvärk kan hänvisas till fysioterapeut för t.ex. behandling med träningsprogram och instruktioner till egenvård.

Referenser

1. ESO guideline for the management of extracranial and intracranial artery dissection. DeBette S et al. Eur Stroke J. 2021 Sep;6(3)
2. Recommendations from the ESO-Karolinska Stroke Update Conference, Stockholm 13-15 November 2016. Ahmed N, Steiner T, Caso V, Wahlgren N; ESO-KSU session participants. Eur Stroke J. 2017 Jun;2(2):95-102.
3. Diagnosis and Management of Carotid Free-Floating Thrombus: A Systematic Literature Review. Fridman S, Lownie S.P., Mandzia J. Journal of Vascular Surgery. 2019 Jul;70(1):329-330
4. Intravenous thrombolysis in acute ischemic stroke due to intracranial artery dissection: a single-center case series and a review of literature. Bernardo F, Nannoni S, Strambo D, Bartolini B, Michel P, Sirimarco G. J Thromb Thrombolysis. 2019 Nov;48(4):679-684. doi: 10.1007/s11239-019-01918-6. PMID: 31302824.

Handläggare: Malin Lägerud
Fastställare: Michael Mazya
Organisation: **PF Stroke**

Dokumentnr: K62396
Version: 2
Giltig fr.o.m: **2023-12-07**

Status: **Publicerad****Arbetsgrupp**

Boris Keselman, specialistläkare, Med dr, PF Stroke, ME Neurologi
Anna Steinberg, överläkare, docent, PF Stroke, ME Neurologi
Niaz Ahmed, överläkare, professor, PF Stroke, ME Neurologi
Tiago Moreira, överläkare, docent, PF Stroke, ME Neurologi
Michael Mazya, överläkare, docent, patientflödesansvarig PF Stroke, ME Neurologi

Versionshistorik

Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

Version	Datum	Förändring och kommentar	Ansvarig
2	2023-12-07	Smärre justeringar	Mazyra
1	2023-11-27	Nytt PM framtaget	Keselman, Steinberg, Ahmed, Moreira, Mazyra

Handläggare: Malin Lägerud
Fastställare: Michael Mazya
Organisation: **PF Stroke**

Dokumentnr: K62396
Version: 2
Giltig fr.o.m: **2023-12-07**