

Cervikal artärdissektion (CAD) - karotis och vertebralis

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 kriterier för dessa behandlingar. Subaraknoidalblödning orsakat 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 en endotelskada och ett vägghematom i aa. carotis interna eller vertebralis. Dissektionen klassificeras som extra- eller intrakraniell och kan orsaka:

- Ischemisk stroke eller TIA via embolisering eller oklusiv 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 vara asymtomatisk och upptäckas som bifynd på radiologi eller ultraljud. Orsaken är oftast spontan/idiopatisk men kan vara traumatisk, t.ex. efter högenergivåld. CAD är en ovanlig strokeetiologi hos äldre, men orsakar ca 25% av ischemisk stroke hos pat <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 om indikation föreligger och kontra-indikationer 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 oklusion eller tät stenosering kan ge hypoperfusion vid inkomplett

Status: **Publicerad**

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. 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 eller heparininfusion och ny radiologisk kontroll med DTA efter 3–4 dagar. Endovaskulär behandling kan övervägas i utvalda fall.

Vid subaraknoidalblödning p.g.a. intrakraniell dissektion tas kontakt med neurointervention för diskussion kring behandling, samt med NIVA-jour för neuroprotektiv vård.

Patient med dissektion utan stroke- eller TIA, men med Horners syndrom, trycksymptom från kranialnerv eller typisk huvudvärk läggs in för observation, specialistbedömning, insättning av sekundärprevention och information. Undantag: symptom sedan >2 veckor. Dessa kan få antitrombotika på akuten och handläggas via dagvård eller högprioriterat återbesök. Bifynd av äldre dissektion på DTA eller ultraljud utfört av orelaterad anledning föranleder ingen 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 CAD som givit stroke/TIA som ej behövt reperfusionbehandling:

- Trombocythämmare (dubbla, eller enkla) enligt [PM för sekundärprevention](#)
- DOAK är ett evidensbaserat alternativ vid sekundärprofylax, men har något högre blödningsrisk, varför trombocythämning är att föredra till de flesta.
- DOAK rekommenderas i första hand under första 3 mån vid tätt stenoserande eller oklusiv eller långsträckt dissektion där man är orolig för turbulens eller blodstagnation i fickor/bakvatten i artären under den initiala läkningstiden, samt efter de första dygnet med LMH vid väggfast tromb. DOAK används också vid behandlingssvikt, d.v.s. vid ny stroke/TIA trots behandling med trombocythämmare.
- Vid traumatisk dissektion finns i regel andra skador (mjukdelar, skelett etc) som kan behöva traumakirurgi. Hos dessa startas aspirin eller LMH i samråd med kirurg och neurointerventionsjour.

Om trombolys eller trombektomi utförts startas 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. Om stent kvarlämnats, följ PM för trombocythämning efter stent.

Graviditet/fysisk aktivitet

En dissektion >3 mån sedan innebär inte en kontraindikation för vaginal förlossning eller någon begränsning vid fysisk aktivitet. Patienter med flera dissektioner bör diskuteras med vaskulär neurolog avseende förlossningssätt. Kontaktsport, extern nackmanipulation och tyngdlyft på gym avråds i 3 mån fram till återbesök.

Handläggare: Michael Mazya
Fastställare: Michael Mazya
Organisation: PF Stroke

Dokumentnr: K62396
Version: 4
Giltig fr.o.m: 2026-04-24

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, araknodaktyli, hyperelasticitet i hud och leder, anletsdrag som väcker misstanke om medfött syndrom, samt bindvävssjukdom i nära släkt. Vid specifik misstanke utförs genetisk testning.

Återbesök/behandlingstid

Återbesök bör göras på utskrivande akutsjukhus 3 månader efter insjuknande. Behandling med sekundärprofylax behöver vanligtvis inte pågå längre än 6 månader och övergång från dubbel till enkel trombocythämning kan göras enligt PM för sekundärprofylax. Radiologisk kontroll behöver inte göras rutinmässigt.

Hos patienter med komplicerad dissektion som första 3 månaderna behandlas med DOAK (t ex långsträckt dissektion, tät stenosis/okklusion eller recidiverande stroke/TIA trots trombocythämmare) rekommenderas byte till enkel trombocythämning efter 3 mån. Dessa fortsätter med förlängd sekundärprofylax i totalt 12 mån efter behandlingsstart.

För patienter med recidiverande idiopatiska dissektioner eller bakomliggande bindvävssjukdom bör sekundärprofylax fortsätta livslångt.

Vid tveksamhet: konsultera strokejour eller vaskulär neurolog på K Neuro mott. Om patienten har en annan indikation för trombocythämning eller DOAK fortsätter dessa tills vidare.

Behandlingstid:	6 månader	12 månader	Livslångt
Okomplicerad dissektion	X		
Komplicerad dissektion		X	
Recidiverande dissektioner			X
Bakomliggande bindvävssjukdom			X

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 som ofta ger ett cervikalt muskulärt spänningstillstånd och spänningshuvudvärk. Detta bör ingå i patientinformationen. Patienten bör uppmanas att inte hålla huvudet fixerat och upprätthålla ett så normalt rörelsemönster som möjligt, inklusive regelbunden motion. Utvecklat spänningstillstånd och spänningshuvudvärk hänvisas till fysioterapeut för behandling med träningsprogram och instruktioner till egenvård.

Handläggare: Michael Mazya
Fastställare: Michael Mazya
Organisation: PF Stroke

Dokumentnr: K62396
Version: 4
Giltig fr.o.m: 2026-04-24

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.
5. Dissecting Aneurysm in Cervical Artery Dissection: Insights from the STOP-CAD Study. Khan M., Keser Z., Shu L., Lee EM., et al. Stroke. 2026 Jan; doi: 10.1161/STROKEAHA.125.054847. PMID:

Arbetsgrupp

Boris Keselman, specialistläkare, med dr, PF Stroke, ME Neurologi

Anna Steinberg, överläkare, docent, PF Stroke, ME Neurologi

Michael Mazya, överläkare, docent, patientflödesansvarig PF Stroke, ME Neurologi

Versionshistorik

Version	Datum	Förändring och kommentar	Ansvarig
4	2026-04-24	DTA-kontroll vid 3 mån borttagen, förtydligande om sekundärprevention	Keselman, Steinberg, Mazya
3	2024-04-30	Förtydligande skrivna av B Keselman A Steinberg, M Mazya	M Mazya, PFA Stroke
2	2023-12-07	Smärre justeringar	Mazya
1	2023-11-27	Nytt PM framtaget	Keselman, Steinberg, Ahmed, Moreira, Mazya

Handläggare: Michael Mazya
Fastställare: Michael Mazya
Organisation: PF Stroke

Dokumentnr: K62396
Version: 4
Giltig fr.o.m: 2026-04-24