

Sekundärprevention och uppföljning stroke/TIA - snabbguide

Trombocythämmare efter hjärninfarkt eller TIA vid icke-kardioembolisk ischemisk stroke

Pat som inte fått reperfusionsbehandling (IVT/EVT), inte stentats

Alla får laddning trombocythämmare snarast efter att DT uteslutit hjärnblödning, när ischemisk stroke är misstänkt eller fastställd. Det NIHSS-värde gäller, som föreligger när man beslutar att ge laddningsdos. Om pat har förbättrats / försämrats mellan ankomst-NIHSS och senare NIHSS, så gäller **senaste NIHSS** för beslut. **Målnivå: trombocythämning hos minst 90% av alla patienter med hjärninfarkt/TIA utan flimmer.**

- **NIHSS 6 eller högre, eller lågrisk-TIA (ABCD2 0–3 poäng)**
laddning acetylsalicylsyra (Trombyl) 300 mg, därefter 75 mg x 1 tills vidare
- **NIHSS 0–5 eller medel- till högrisk-TIA (ABCD2 4–7 poäng)**
laddning acetylsalicylsyra (Trombyl) 300 mg, därefter 75 mg x1 tills vidare **plus samtidigt**
laddning klopido­grel 300 mg, därefter 75 mg x1 i 30 dagar

Alternativt, likvärdigt

laddning ASA (Trombyl) 300 mg, därefter 75 mg x1 tills vidare, **plus samtidigt** laddning tikagrelor (Brilique) 180 mg, därefter 90 mg x 2 i 30 dagar – gäller främst NIHSS 4–5 eller högrisk-TIA ABCD2 6–7.

Individuell nytta/risk-bedömning för DAPT (ASA+tikagrelor) i doser ovan, i 30 dagar om:

NIHSS 6–7, DT/MR visar högst en liten infarkt och stor aterosklerotisk börda, eller hög recidivrisk av annat skäl

Pat som fått reperfusionsbehandling (IVT/EVT) oavsett NIHSS

Laddning acetylsalicylsyra (Trombyl) 300 mg ett dygn efter behandling, när intrakraniellt hematom uteslutits radiologiskt (peteckier accepteras), därefter 75 mg x1 tills vidare

OBS: DAPT har ej studerats efter reperfusionsbehandling. Gynnsamt nytta/risk-förhållande för DAPT kan finnas vid liten infarkt på DT/MR vid 24 tim och NIHSS 0-5 vid 24 tim, eller NIHSS 6-7 vid 24 tim och hög atero-börda

- **Ischemisk stroke eller TIA där etiologin är intrakraniell stenosis**
Laddning med ASA+klopido­grel (300 mg av vardera, därefter 75 mg x1 av vardera) alt. ASA+tikagrelor (300 mg resp. 180 mg, därefter 75 mg x1 resp. 90 mg x2) i 90 dagar, sedan monoterapi ASA 75 mg x1.
- **Stent i intra- eller extrakraniell artär – se separat PM på PF Strokes PM-sida**

Handläggare: Michael Mazya/Karolinska/SLL
Fastställare: Michael Mazya/Karolinska/SLL
Organisation: Tema Neuro

Dokumentnr: Kar2-19451
Version: 2
Giltig fr o m: 2021-06-01
Utskriftsdatum: 2022-12-20

Antikoagulantia efter kardioembolisk hjärninfarkt eller TIA

Direktverkande orala antikoagulantia (DOAK) i första hand, Waran i andra hand. **Målnivå: behandling hos minst 80% med hjärninfarkt och flimmer, minst 85% med TIA och flimmer.**

Blodtryckssänkande behandling efter stroke och TIA

Om vilo-BT dag 3 efter stroke är $\geq 140/90$ (vid diabetes: $\geq 140/80$), ställs diagnos hypertoni. Starta ARB eller ACE-hämmare. Härtill betablockad vid flimmer / ischemisk hjärtsjukdom / hjärtsvikt. Lägg till amlodipin utifrån respons på fulldos ARB/ACEi. Mål-BT på sikt: $< 130/80$. **Målnivå: minst 80% med stroke eller TIA.**

OBS: om det vid överflytt till annan enhet inom de första två dyggen bedöms vara för tidigt för BT-sänkande behandling, men att det sannolikt är indicerat inom kort: ordinerar BT-läkemedel på läkemedelslistan, nolla tillsvdare och informera mottagande enhet om rekommendationen i epikris.

Statinbehandling efter hjärninfarkt eller TIA

Atorvastatin 40–80 mg x 1 till alla pat med klassiska cerebrovasculära riskfaktorer relaterade till ateroskleros (dvs ej vid dissektion, PFO-embolism, ovanlig genes hos unga). **Målnivå: minst 80% med hjärninfarkt eller TIA.**

Granskning av telemetri

Dagligen och vid utskrivning. Genomgång av larm och trendgranskning med fokus på tillfälliga rytmförändringar. Om TM under vårdtiden (oavsett duration) inte visar FF och ingen tydlig etiologi fastställts: remittera till stroke-ssk för tum-EKG eller till långtids-EKG (72 tim) via Klinisk Fysiologi.

Uppföljande besök i öppenvård

Till stroke-ssk efter 14 dagar för alla som skrivs ut direkt till bostad (dvs ej flyttas till annan ineliggande vård).
Till stroläkare efter 3 månader för alla som fått trombolys och/eller endovaskulär behandling.
Till primärvårdsläkare för alla, för uppföljning av riskfaktorer och framtida receptförskrivning.

Körförbud

Vid stroke: 3 månader för vanlig behörighet, minst 6 mån vid yrkestrafik. Vid synfältpåverkan: remiss till ögonläkare för bedömning innan klartecken för bilkörning ges. Vid TIA: högst 1 månad för vanlig behörighet.

ABCD²-skala för att uppskatta risk för tidigt strokerecidiv

	Ålder	Blodtryck	TIA-symptom	Duration	Diabetes (DM)
ingen poäng	< 60 år	Normalt	Ingen dysfasi, ingen pares	< 10 min	Ingen DM
1 poäng	≥ 60 år	$\geq 140/90$	Dysfasi utan pares	10–59 min	DM
2 poäng			Pares	≥ 60 min	

Poängsumma	1–3	4–5	6–7
Stroke inom 7 dgr	1,2 %	5,9 %	11,7 %

Versionshistorik

Version	Datum	Förändring och kommentar	Ansvarig
2			
1	2021-05-31	Nytt dokument skapat	Michael Mazya

Handläggare: Michael Mazya/Karolinska/SLL
Fastställare: Michael Mazya/Karolinska/SLL
Organisation: Tema Neuro

Dokumentnr: Kar2-19451
Version: 2
Giltig fr o m: 2021-06-01
Utskriftsdatum: 2022-12-20