

ANELÄK Malign mediainfarkt - vårdprogram

Malign mediainfarkt (mMCA) drabbar ca 10–30 personer/år yngre än 65 år i Norra sjukvårdsregionen. En vanlig definition av mMCA är en hjärninfarkt som omfattar minst 2/3 av MCA:s försörjningsområde med påföljande ödem som orsakar kliniska symtom och/eller neuroradiologiska fynd med expansivitet och tecken till herniering. Vid angiografi syns i de typiska fallen en ocklusion av karotis interna och/eller a cerebri media. Mortaliteten vid mMCA är 80% utan kirurgi. För att minska denna risk används hemikraniektomi som behandling. Hemikraniektomi innebär att kraniet avlägsnas för att minska det intrakraniella trycket orsakat av ischemi och ödem. Resultat från randomiserade studier stödjer hemikraniektomi som behandlingsmetod. Metaanalys av tre europeiska studier (Hamlet, Decimal och Destiny) visade att fler patienter nådde "good outcome" definierad som modified Rankin scale 0-4 efter 1 år (75% mot 29%; $p < 0.0001$). Det betyder, för att undvika en patient som dör eller blir vegeterande, måste två patienter opereras (numbers needed to treat, NNT = 2).

Handläggning av mMCA i Norra regionen:

- DT hjärna utförs för att utesluta blödning samt verifiera diagnosen.
- Rådgör med medicinbakjour. NUS bör därefter kontaktas snarast, helst inom 12 timmar från insjuknandet.
- Inremitterande rapporterar, och överför röntgenbilder på patienter aktuella för hemikraniektomi till neurologjouren vid NUS. Neurologjouren diskuterar med bakjour. Neurologbakjour överenskommer tillsammans med neurokirurgjour och IVA-jour om ev överflyttning.

Indikationer för överflyttning till Umeå / neurokirurgi:

- Ålder yngre än 60 (-65) år
- Kliniskt bild förenlig med mMCA (uttalad hemipares/hemianestesi; deviation conjugée; hemianopsi, afasi eller neglekt). Både höger- och vänstersidiga infarkter kan vara aktuella för kirurgi. Ofta NIH stroke skala > 18 poäng.
- DT hjärna kan vara mer eller mindre normal tidigt i förloppet. Ofta påvisas "dense media sign" (dvs en ockluderad media). Några timmar efter insjuknandet kan ett flertal tecken på stor hjärninfarkt skönjas; därför kan upprepad DT hjärna eller ännu hellre MR med diffusionssekvenser vara indicerad.
- DT hjärna och perfusionsundersökningen bör visa en infarkt som omfattar mer än 2/3 av MCA:s försörjningsområde. Hela eller delar av basala

Anestesiläkareavdelningen

ganglier ska vara engagerade. Om MR diffusion utförts bör infarktvolymen vara > 145 cm³.

- Tidigare väsentligen frisk patient utan allvarlig komplicerande sjukdom.
- Kirurgi skall ske så snart som möjligt, men definitivt inom 48 timmar.
- RLS 4-8 överflyttas ej.

Transport till NUS

- Om smärta, behandla med paracetamol. Ev låga doser morfin (1-2 mg i.v.).
- Om blodtryck systoliskt > 180; diastoliskt > 110, ge inj Trandate 5-10 mg i.v. Kan upprepas. Sänk inte blodtryck mer än 20%.
- Saturation > 95%.
- Kontroll av B-glukos före avfärd. Hålls inom normala gränser. Om kortverkande insulin givits ska alltid ett glukosdropp med elektrolyter påbörjas.
- koppla annars NaCl eller 5% glukos med elektrolyter.
- KAD.
- Ge inj ondansetron (Zofran®) 4-8 mg i.v. profylaktiskt mot illamående.
- Om sänkt medvetandegrad RLS > 2 eller andningspåverkan överväg intubation.
- Normoventilation. PaO₂ > 12kPa. Sedation med propofol. MAP minst 70 mm Hg.
- Om pupilldilatation under transport, ge Mannitol 300 mL och öka ventilationen med ca 10%.

Uppföljning via respektive läkare på hemort eller strokemottagning (Umeåpatienter) , 1-2 månader efter utskrivning.

- Strävan efter blodtryck < 130/80 mm Hg. Normala blodlipider. Adekvat trombosprofylax.
- Förutom sedvanlig uppföljning är syftet att utvärdera operationsresultatet: 1. NIHSS, modified Rankin scale och Bartel Index noteras i journalen; 2. Registrera händelser som inträffat under uppföljningsperioden i journalen.
- Kontrollera att patienten är inplanerad för kranioplastik 1-2 månader efter primäroperationen.
- Avslutande återbesök neuromottagningen, 12 månader efter insjuknandet (Dr Malm, neuromott, NUS).

Anestesiläkareavdelningen

Skapat av Lars Owe D Koskinen, Neurokirurgi; Silvana Naredi och Cecilia Lindgren, anestesi; Jan Malm, Neurologi; Norrlands universitetssjukhus, Umeå.
Skapat 08-05-08.

Utfärdat av:

Mattias Schindele

Godkänt av:

Caroline Starlander

Dok.nr - utgåva

00850-1

Giltigt fr o m

2011-10-20

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifters giltighet ska kontrolleras innan användning.