

ÅSKKNALLSHUVUDVÄRK

– ett allt mer spännande symtom

Kunskapen om det differentialdiagnostiska spektrumet vid åskknallshuvudvärk – plötsligt insättande huvudvärk – har ökat de senaste åren. Den akuta utredningen syftar främst till att utesluta subaraknoidalblödning och på senare tid har nya rön lett till förändrad utredningsgång. Här går ST-läkaren **Johan Zelano** igenom kunskapsutvecklingen och beskriver pågående diskussioner inom området som kan vara av värde för akutintresserade neurologer.

Plötsligt insättande huvudvärk är ett välkänt symtom inom akutneurologi som ofta föranleder sökande efter subaraknoidalblödning. Att hitta även mindre blödningar kan vara livsviktigt, eftersom källan kan vara ett aneurysm på hjärnans kärl. En senare ruptur kan då få katastrofala följder.

Med tanke på tillståndets potentiellt livshotande karaktär görs akut en omfattande utredning, som på senare tid tilldragit sig ny uppmärksamhet. Det förnyade intresset beror delvis på den radiologiska utvecklingen, men också på ökad medvetenhet om differentialdiagnoser vid åskknallshuvudvärk och förändrade sjukvårdsrutiner.

Således kan det finnas skäl för neurologiskt intresserade läkare att aktualisera sina kunskaper om åskknallshuvudvärk. I den här artikeln går jag igenom delar av kunskapsutvecklingen de senaste åren avseende åskknallshuvudvärk. För initierade synpunkter från svenska experter har jag korresponderat med Bengt Edvardsson vid Skånes universitetssjukhus och intervjuat Anne-Marie Landtblom vid Akademiska sjukhuset, Uppsala.

DATORTOMOGRAFI PLUS LUMBALPUNKTION

Misstänkt subaraknoidalblödning utreds i första hand med datortomografi (DT). Om DT utfaller normalt genomförs lumbalpunktion för analys av blödningsrester i cerebrospinalvätskan. Om blödning påvisats med DT eller LP eftersöks aneurysm med angiografiska tekniker, ofta i samråd med neurokirurg.

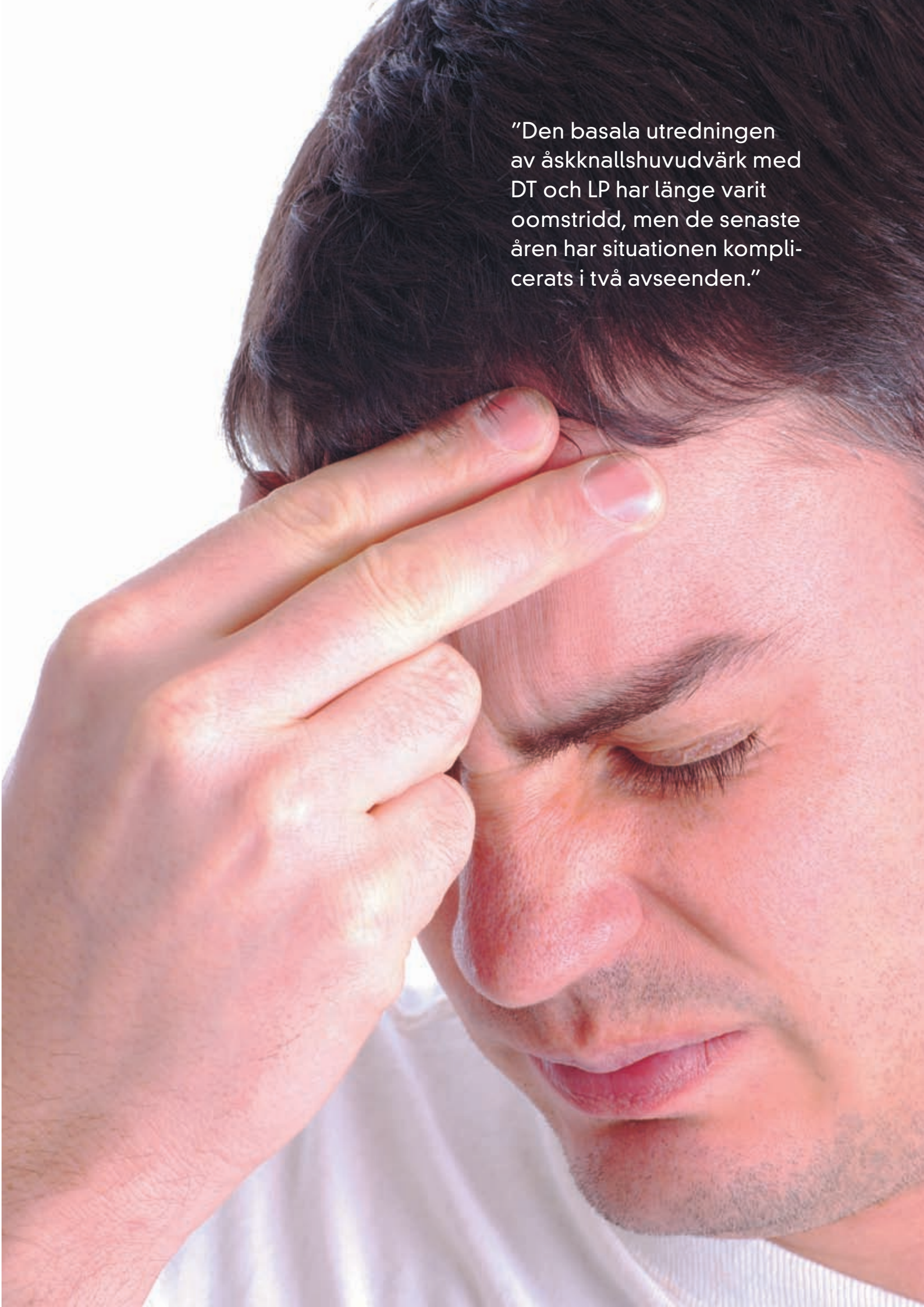
I cerebrospinalvätskan kan blödningsrester detekteras i upp till någon eller några veckor efter insjuknandet. Söker patienten vård senare än så utförs i stället DT och DT-angiografi för att utesluta förekomst av ett aneurysm. De första timmarna efter en blödning kan likvoranalysen vara falskt negativ.

Den basala utredningen av åskknallshuvudvärk med DT och LP har länge varit oomstridd, men de senaste åren har situationen komplicerats i två avseenden. För det första har kunskap om andra åkommor som kan ge plötslig huvudvärk resulterat i ett bredare diagnostiskt spektrum att överväga.

Gemensamt för tillstånden artärdissektion, sinustrombos, spontan intrakraniell hypotension och cerebralt vasokonstriktionssyndrom är att DT och LP kan utfalla normalt. Därmed måste läkare som träffar patienter med plötsligt insättande huvudvärk överväga om behov finns av utvidgad utredning.

För det andra finns nu vetenskapliga belägg för att behandlingskrävande aneurysmal subaraknoidalblödning kan uteslutas med enbart DT under vissa speciella förutsättningar, vilket väcker frågan om alla patienter verkligen behöver genomgå LP. Detta berörs mer i detalj nedan, men rönen har uppmärksamats i Socialstyrelsens nya strokeriktlinjer, i vilka sjukvården uppmanas att utesluta subaraknoidalblödning med bara röntgenundersökning om insjuknandet varit för mindre än sex timmar sedan.

Utvecklingen går således mot att vissa patienter med åskknallshuvudvärk kan utredas mindre, medan andra behöver



“Den basala utredningen
av åskknallshuvudvärk med
DT och LP har länge varit
oomstridd, men de senaste
åren har situationen kompli-
cerats i två avseenden.”

utredas mer. Detta ställer höga krav på läkare som i första ledet möter patienterna.

RUTINEN FÖLJS INTE ALLTID

Inledningsvis kan man konstatera att standardutredningen med DT och LP påvisar subaraknoidalblödning med mycket hög säkerhet. Samtidigt har algoritmen skönhetsfläckar om man betraktar den utifrån ett systemperspektiv. I Läkartidningens arkiv finns referat av flera ansvarsärenden där underlåtenhet att utföra lumbalpunktion resulterat i fördröjd diagnos av subaraknoidalblödning. Att sjukvården tillämpar rutinen DT följt av LP innebär alltså inte att vi i praktiken hittar alla subaraknoidalblödningar, helt enkelt eftersom rutinen inte följs. Även i internationell litteratur finns studier som visar att läkare inte alltid utför LP, trots att de lokala rutinerna föreskriver det.

Vidare finns en rad allvarliga tillstånd som riskerar att missas om DT och LP är den enda utredning som görs vid alla fall av plötsligt insättande huvudvärk. Detta är särskilt intressant eftersom studier antyder att det görs fler subaraknoidalblödningsutredningar med normalt utfall i dag än i datortomografins barndom. En möjlig tolkning av detta är att den ökade tillgängligheten på DT har gjort läkare mer benägna att utreda huvudvärk enligt åskknallshuvudvärksalgoritmen, alltså en sorts indikationsglidning. En alternativ förklaring är förändrat sökbeteende hos patienter.

Därutöver finns nackdelar som kanske är av mindre betydelse när det gäller ett allvarligt tillstånd, men LP måste betecknas som ett obehagligt ingrepp med möjliga komplikationer. Undersökningen binder också upp en akutläkare under avsevärd tid, vilket med allt mer pressade arbetssituationer på akutmottagningarna inte sällan resulterar i att patienten slutenvårdas i väntan på LP.

FINNS ALTERNATIV TILL LP?

Ovanstående sidor av nuvarande utredningsrutin väcker flera intressanta frågor.

För det första: Kan man använda mindre invasiva tekniker än LP för att säkert utesluta subaraknoidalblödning? Ett möjligt alternativ skulle kunna vara att direkt utföra DT-angiografi, alltså den utredning som i dag tillämpas om det gått för lång tid för att hitta blod i cerebrospinalvätskan. DT-angiografi har i dag vunnit stor spridning vid strokerelaterade frågeställningar som artärdissektion eller stenoser i halskärlen, så metoden finns nu tillgänglig på många sjukhus dygnet runt.

I en artikel år 2010 av McCormack och medarbetare diskuterades denna alternativa utredningsgång. Författarna beräknade att om man utför DT hjärna och DT-angiografi så är sensitiviteten för att upptäcka en aneurysmal subaraknoidalblödning hög (mer än 99 procent). Patienten besparas inte bara lumbalpunktion, utan metoden hittar också dissektioner.

Den ökade användningen av DT-angiografi i samband med strokeutredningar gör att detta skulle vara en fullt möjlig lösning på flera sjukhus i Sverige också under jourtid, men strategin är vare sig validerad eller okontroversiell. Rimligen leder ökad användning av DT-angiografi till upptäckt

av asymtomatiska aneurysm som måste följas med förloppskontroller, vilket ger upphov till stor oro och måhända onödiga ingrepp. Stråldoser måste också beaktas.

DT-angiografi har således ännu inte vunnit mark som en ny rutinundersökning vid åskknallshuvudvärk.

”Utvecklingen går mot att vissa patienter med åskknallshuvudvärk kan utredas mindre, medan andra behöver utredas mer.”

DT UTFÖRD INOM SEX TIMMAR

En närliggande fråga är huruvida teknikutvecklingen inom radiologi gjort att modern DT blivit så bra att LP inte längre behövs för att upptäcka subaraknoidalblödning. Litteraturen har här varit svårtydd, där en del artiklar visat att så är fallet, medan andra rapporter vittnat om missade diagnoser där LP inte utförts.

En stor multicenterstudie i Kanada omfattande över 3 000 patienter som publicerades i British Medical Journal 2011 av Perry och medarbetare visade att DT utförd inom sex timmar från huvudvärksdebut hos patienter med normal neurologisk status och där röntgenundersökningen bedömdes av neuroradiologiskt bevandrad läkare kunde användas för att utesluta behandlingskrävande subaraknoidalblödning. I skrivande stund finns i Socialstyrelsens förslag till nya nationella riktlinjer för strokesjukvård en uppmaning till sjukvården att utesluta subaraknoidalblödning på detta sätt.

En del information finns om svenska förhållanden. En prospektiv studie från Linköping av Landtblom och medarbetare 2006 visade att av 137 patienter med åskknallshuvudvärk hade 23 subaraknoidalblödning. Hos 5 av de 23 patienterna ställdes diagnosen med likvoranalys efter normal DT.

På befolkningsbasis beräknades att ungefär 11 procent av de patienter som insjuknar med åskknallshuvudvärk har subaraknoidalblödning. Studien gav också intressant information om långtidsuppföljning vid ett och tio år efter studiens slut. I inget fall drabbades någon patient som genomgått utredning med DT och LP utan påvisad blödning senare av subaraknoidalblödning.

I Uppsala gjorde vi 2013 en retrospektiv studie om vilket differentialdiagnostiskt värde LP har i utredning av åskknallshuvudvärk. Av 453 lumbalpunktioner som genomförts på frågeställning subaraknoidalblödning under åren 2009–2011 resulterade 14 i alternativ diagnos (vanligast var serös meningit) och fyra i diagnos av icke-aneurysmal subaraknoidalblödning. Ingen aneurysmal blödning påvisades hos någon patient med åskknallshuvudvärk.

Resultatet är i linje med internationella studier som visar att den ökade tillgången på DT sannolikt gör att det är en vidare inklusion av patienter i åskknallshuvudvärksutredning i dag än för flera år sedan, vilket försvårar jämförelser mellan äldre och nyare studier. Intressant var att hela 30 procent av patienterna slutenvårdades i väntan på LP.

Oavsett om det går att utesluta subaraknoidalblödning med enbart DT eller inte kompliceras situationen för läkare som möter patienter med åskknallshuvudvärk av kunskap om ytterligare tillstånd som kan ge samma kliniska bild. Tillstånd där symtomatologin kan innefatta åskknallshuvudvärk är bland annat reversibelt cerebralt vasokonstriktionssyndrom, sinustrombos, dissektion och spontan intrakraniell hypotension. Gemensamt för dessa är, fränsett möjligheten av åskknallshuvudvärksinsjuknande, att utredning med DT och LP kan utfalla normalt. I en översiktsartikel publicerad i Lancet 2008 gick författarna så långt som att rekommendera såväl MR som MR-angiografi vid normalt utfall av utredning av åskknallshuvudvärk med DT och LP, men detta låter sig svårigen införas som rutin i svensk sjukvård.

MEDELVÄG FÖRESPRÅKAS

Hur ska den enskilde läkaren i Sverige förhålla sig till dessa rön? Vad gäller differentialdiagnostiska överväganden gäller det att tänka extra noga på om det kan finnas någon annan allvarlig bakomliggande orsak än subaraknoidalblödning. I en översiktsartikel från 2011 i Läkartidningen av Bengt Edvardsson om differentialdiagnoser vid åskknallshuvudvärk anges att de flesta inom forskningsfältet förespråkar en medelväg vad gäller utredningsstrategi. DT och LP kan ses som basutredning vid åskknallshuvudvärk och den kliniska bilden får därefter avgöra behovet av vidare utredning från fall till fall.

Vad gäller diagnostik av misstänkt subaraknoidalblödning har det under bakgrundsarbetet med den här artikeln framkommit att det finns skillnader i praxis mellan olika kliniker. Man bör alltså kontrollera vad den egna vårdgivaren har för riktlinjer om tidsgränser för LP (den konservativa gränsen är tidigast 12 timmar efter insjuknande) och användandet av enbart DT och DT-angiografi. I Lund har neurologiska kliniken erfarenhet av att tillämpa enbart DT i enlighet med de nya riktlinjerna från Socialstyrelsen.

– Neurologiska kliniken i Lund tillämpar de nya riktlinjerna från Socialstyrelsen om strokeutredning i utredningen av misstänkt subaraknoidalblödning. Om patienten inkommer och kan undersökas mindre än sex timmar efter åskknallsdebuten och enbart subaraknoidalblödning skall uteslutas görs utredning med DT hjärna, säger Bengt Edvardsson.

– Om denna undersökning är utan anmärkning och övriga kriterier enligt Socialstyrelsens riktlinjer är uppfyllda kan patienten avslutas och skickas hem. I övriga fall får den kliniska bilden avgöra om ytterligare utredning är indicerad för att utesluta alternativa orsaker till åskknallshuvudvärken.

Överläkare Anne-Marie Landtblom vid Akademiska sjukhuset deltog i studien i Linköping som refererats ovan. Hon har både i sin kliniska vardag och som expert i ansvarsärenden sett fall där den plötsliga debuten av huvudvärk har

fokuserat utredningen enbart på subaraknoidalblödning, vilket gjort att man inte ställt andra allvarliga diagnoser som dissektion.

– DT följt av LP har stora fördelar, men man måste samtidigt fortsätta att överväga alternativa diagnoser om den utredningen utfaller normalt. Det är en viktig uppgift för neurologer att inte bara överväga det vanligaste, säger Anne-Marie Landtblom.

SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis står det klart att kunskapen om det differentialdiagnostiska spektrumet vid plötsligt insättande huvudvärk ökat de senaste åren. I grunden är detta förstas positivt och kan bidra till att fler patienter får rätt diagnos och behandling eller information. Med stor sannolikhet kommer kunskapen att öka ytterligare, bland annat har forskargruppen som studerade användandet av enbart DT nyligen publicerat ett försök att ta fram kliniska kriterier för när subaraknoidalblödning behöver uteslutas hos patienter med åskknallshuvudvärk. Kriterierna är ännu inte validerade för kliniskt bruk, men kan med tiden kanske bidra till de diagnostiska övervägandena.

Åskknallshuvudvärk blir ett mer och mer spännande symptom i takt med att litteraturen växer. Förhoppningsvis leder utvecklingen till säkrare, effektivare och bättre diagnostik. Det finns starka skäl för den akutneurologiskt intresserade läkaren att fortsätta bevaka området.



JOHAN ZELANO
ST-läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala
jzelano@gmail.com

TACK TILL

Anne-Marie Landtblom och Bengt Edvardsson.