



European Stroke Conference 2018

För fjärde gången i ordningen hölls den europeiska strokeorganisationens konferens (ESOC), som har kommit att bli den största strokekonferensen i världen med mer än 4.500 delegater från 90 länder. Den 16–18 maj i år arrangerades konferensen på Svenska Mässan i Göteborg och lockade allt från studenter till professorer inom alla vårdprofessioner och fick även stort genomslag vetenskapligt, politiskt och i media.



Organisation Göteborg 16–18 maj

Sammantaget var konferensen engagerande och skulle komma att innehålla ett brett spektrum av områden, från primärprevention till palliativ vård, från specifika interventioner till globala perspektiv inom strokeområdet. Jämfört med tidigare år noterades ett ökat fokus på jämställdhet, inte minst då avgående president i European Stroke Organisation (ESO), Valeria Caso, presenterade en rekordhög andel deltagande kvinnor i konferensen.

Lokala och regionala politiker fanns representerade redan vid invigningsceremonin vilket visar på betydelsen av ESOC för Västra Götalandsregionen och att stroke betraktas som ett angeläget område. Regionen har gjort stora förbättringar inom strokevården de senaste åren, där bland annat investeringar inom trombolys- och trombektomibehandling lyftes fram som en viktig framgångsfaktor.

Med tanke på konferensens omfattning syftar detta referat inte till att vara heltäckande utan snarare avspeglar den bredd av forskning som presenterades samt att göra vissa nedslag i intresseväckande områden.

"A GOAL WITHOUT A PLAN IS JUST A WISH"

Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030 presenterades för första gången, av professor Bo Norrving och professor Valeria Caso. Denna handlingsplan är en uppdatering av Helsingborgsdeklarationen och innehåller nu totalt sju domäner, varav Primärprevention och Livet efter stroke adderats till tidigare domäner – Organisation av strokevård; Handläggning av akut stroke; Sekundärprevention och strukturerad uppföljning; Rehabilitering samt Utvärdering av strokevård och kvalitetsuppföljning. Fyra övergripande



mål presenterades och planeras vara uppnådda 2030 [Se fak-
taruta].

För att säkerställa patientperspektivet vid framtagandet av Action Plan har patientorganisationen SAFE (Stroke Alliance For Europe), där svenska Stroke-Riksförbundet är en av medlemmarna, varit delaktiga i arbetet. Värdet av att Livet efter stroke nu även har inkluderats som en domän lyftes fram som en viktig milstolpe för SAFE då livet efter stroke tidigare ofta blivit förbisett.

Primärprevention fick ökat fokus, dels som en ny domän och dels som ett av de övergripande målen, vilket välkomnades av WHO:s representant Jill Farrington. Hon betonade även det ekonomiska värdet av preventiva insatser för livsstilssjukdomar.

JÄMSTÄLLDHET INOM STROKE – VÅRD OCH FORSKNING

Det var rekordmånga kvinnliga deltagare på ESOC i år och 40 procent av talarna var kvinnor. Årets konferens innehöll två vetenskapliga sessioner "Woman and stroke: Women Initiative for Stroke in Europe" och "Sex Influences and Stroke" som problematiserade kring könsskillnader i strokevård och forskning.

ÖVERGRIPANDE MÅL FÖR ACTION PLAN FOR STROKE IN EUROPE 2018-2030

1. Att minska absoluta antalet stroke i Europa med 10 procent
2. Att vårda 90 procent eller mer av alla patienter med stroke i Europa på en dedikerad strokeenhet som första vårdnivå
3. Att ha nationella planer för stroke som innefattar hela vårdkedjan från primärprevention till livet efter stroke
4. Fullständig implementering av nationella strategier för multisektoriella folkhälsointerventioner som främjar och understödjer en hälsosam livsstil och minskar miljöfaktorer (inklusive luftföroreningar), socioekonomiska- och utbildningsfaktorer som ökar risken för stroke

Kvinnor har historiskt sett i mycket liten utsträckning inkluderats som deltagare i forskningsstudier, vilket i många fall har lett till sämre vård för kvinnor. En bidragande orsak till få kvinnliga studiedeltagare föreslogs vara tendensen att



i högre utsträckning inkludera yngre personer i forskning, i vilken population män är överrepresenterade vad gäller stroke. Även om dessa förhållanden håller på att jämnas ut, utsluts ofta till exempel gravida och ammande kvinnor ur forskning.

Könsskillnader gällande stroke och strokevård blev tydliga under konferensen. Kvinnor är ofta äldre när de får stroke och har förmaksflimmer i större utsträckning, medan män oftare har riskfaktorer som rökning och höga lipider. Kvinnor tenderar att få en något svårare stroke och samstämmiga resultat visar på sämre utfall och högre mortalitet för kvinnor. Vidare får kvinnor färre radiologiska undersökningar än män, reperfusionsterapi i mindre utsträckning, har längre door-to-needle-tid, läggs in på sjukhus i ett senare skede och har längre tid till fysioterapeutisk behandling.

Gällande könsskillnaderna vad gäller vem som får reperfusionsterapi underströk flertalet talare att aktuella forskningsresultat visar att kvinnor har lika stor nytta som män av att få såväl trombolys som trombektomi. När modified Rankin Scale (funktionell status, mRS) mäts som utfall finns det inga signifikanta skillnader mellan könen, men vissa studier med dödlighet som utfall har visat att kvinnor har ännu större nytta av trombektomi än män. Det faktum att kvinnor är äldre än män vid insjuknande i stroke togs upp som en möjlig förklarande faktor till att kvinnor får reperfusionsterapi i mindre utsträckning än män. Dock presenterades en studie som visat att personer över 80 år har lika bra effekt av trombolys som personer under 80 år, och slutsatsen drogs att varken ålder eller kön ska utgöra hinder för reperfusionsterapi.

ESOC har aktivt försökt att jobba för en jämställd konferens, men fortsatta och kanske kraftigare ansträngningar krävs. Endast fem av 24 utvalda talare på de stora plenumsymposierna var kvinnor (varav en talare, Lena Rafsten från Sverige). Professor Peter Sandercock avrundade sessionen med att understryka vikten av att uppmuntra till fler kvinnliga forskare inom stroke.

LARGE CLINICAL TRIALS

Resultat från flera stora kliniska studier presenterades på plenumsymposierna på Svenska Mässan som lyckades härberga de över 4.500 konferensdeltagarna.

Trombolys och trombektomi är en av vår tids mest liv- och livskvalitetsräddande behandlingarna, men behandlingskriterierna är strikta. 1,9 miljoner neuron dör varje minut vid en genomsnittlig storkärlsocklusion¹ och begreppet "time is brain" har fått stort genomslag. Det är visat att trombolys inom 4,5 timmar från sjukdomsdebut är fördelaktigt med avseende på kliniskt utfall.² För omkring 20 procent av alla akuta ischemiska stroke är sjukdomsdebuten emellertid okänd. Flera studier har undersökt huruvida indikationer för trombolys och trombektomi kan utvidgas och många frågar sig om fler patienter med akut ischemisk stroke skulle kunna ha nytta av behandling. I studien WAKE-UP randomiserades 503 patienter med ischemisk stroke med okänd debut, i typfallet då strokesymtom upptäckts vid uppvaknande efter sömn, till behandling med Alteplase eller placebo. Studiedeltagarna inkluderades endast om en magnetkameraundersök-



ning kunnat påvisa tecken på att strokedebut varit inom ungefär 4,5 timmar. MR DWI-sekvenser, som kan påvisa en akut ischemi redan minuter efter sjukdomsdebut, jämfördes med MR-FLAIR där ischemiska lesioner blir synliga först timmar efter debuten. En skillnad emellan antogs kunna selektera fram patienter aktuella för trombolys. Resultaten var slående då patienter som erhöll trombolys visade sig ha minst lika stor vinning med avseende på kliniskt utfall som trombolysbehandlade patienter med känd strokedebut inom 4,5 timmar. Detta blev alltså den första studien någonsin att redovisa positiva resultat för trombolysbehandling för patienter med okänd symtomdebut.³

Andra intressanta studier som presenterades var CROMIS-2 som visar att radiologiskt bekräftade cerebrala mikrobldningar innebär ökar risk för symtomatisk intracerebral blödning bland patienter som behandlas med antikoagulantia efter ischemisk stroke eller TIA. Den absoluta risken för blödning var dock lägre än risken för återinsjuknande i ischemisk stroke.⁴ Vidare redovisades resultat från världens inom stroke hittills största genetiska studie – MEGASTROKE som ursprungligen publicerats i Nature Genetics, mars 2018. Bland mer än 520.000 inkluderade patienter har 22 nya genetiska loci kunnat associeras med stroke.⁵

Steve Cramer redovisade resultat från en studie som avsåg att undersöka om ökad träningsdos via telerehabilitering skulle kunna förbättra förmågan i arm/hand efter stroke. Resultaten visade att telerehabilitering inte var sämre än sedvanlig rehabilitering på klinik, och föreslogs därför som ett möjligt alternativ vid val av rehabiliteringsform.

Tidigt understödd hemgång var ett annat område som fick stor uppmärksamhet och verkar anses som ett centralt område inom strokevården i Europa just nu. Personer som erhöll mycket tidigt understödd hemgång uppvisade inte högre grad av ångest eller oro jämfört med de som fått sedvanlig rehabilitering i GOTVED-studien. Vidare visade EXTRAS-studien att lång strukturerad uppföljning och rehabilitering under 12–18 månader hos patienter efter tidigt understödd hemgång inte visade någon skillnad mot gängse rehabiliteringstid avseende ADL, ångest eller hälsostatus, dock en högre grad av nöjdhet efter två år.

CONTROVERSIES IN STROKE

Vetenskap och evidens är stora ord som bör leda och styra behandlingar. När inte tillräckligt många studier är gjorda kan expertgrupper inte uttala sig om rekommendationer med ett adekvat vetenskapligt förhållningssätt. Evidens och forskning i all ära, men det är av många anledningar praktiskt omöjligt att vetenskapligt bevisa varenda situation en kliniker ställs inför. Det är kanske här logiskt resonemang och ”beprövad erfarenhet” får tillfälle att gro och växa, vilket i sin tur leder till att olika lösningar rekommenderas vid olika medicinska center och att kliniker leds till olika behandlingsval.

Programpunkten ”Controversies in stroke” belyser just sådana situationer där länder, sjukhus och kliniker tycker olika, och ger tillfälle för båda åsiktslägren att framföra sina starkaste argument för att övertyga en intresserad publik. Publiken följde med live och fick besvara en frågeställning med hjälp av en konferensapp i sina smartphones, både före och efter talarnas framföranden. Ett ämne som debatterades under denna session rörde vårdprocessen kring huruvida patienter med misstänkt storkärlsocklusion ska bli direkt transporterade till närmaste strokecenter för trombektomi utan att passera närmsta strokeenhet för trombolys, eller ej.

Professor Ford som skulle argumentera för direkttransport till strokecenter för snabbast möjliga trombektomi var förhandsfavorit då en majoritet av publiken (63 procent) röstade ja samtidigt som resterande 37 procent tyckte att transport till närmaste strokeenhet för initial trombolys skulle vara patienterna mest till gagn. Faktorer som vårdorganisation, rätt kompetens och effektivitet genom hela vårdkedjan, samarbete mellan sjukhus och geografisk placering diskuterades. I ett räkneexempel föreslog Professor Ford att i en situation med en något längre transport till ett strokecenter, skulle alla patienter kunna få behandling inom 170 minuter. Enligt räkneexemplet skulle de patienter som endast var aktuella för trombolys således få fördröjd behandling, dock endast cirka 25 minuter. Givet god kunskap hos ambulanspersonal och snabb door-to-needle-tid och door-to-groin-tid hänvisade professor Ford även till högre sannolikhet för bättre kliniskt utfall enligt en studie publicerad i tidskriften *Stroke* 2017 av Holodinsky et al.⁶

Professor Ribó å andra sidan argumenterade för primär transport till närmaste strokeenhet för snabbast möjliga trombolys och hänvisade till att inte ens de bästa prehospitala skalor kan selektera fram patienter med storkärlsocklusion med tillräckligt hög specificitet och sensitivitet. Argu-

mentet var alltså att en stor andel av de patienter som transporteras direkt till strokecenter för trombektomi, i själva verket inte har en storkärlsocklusion vid ankomst och därmed inte är aktuella för trombektomi och följaktligen skulle ha mer nytta av att istället få trombolys utan fördröjning. Professor Ribó lyckades övertyga publiken och vände efter sitt anförande siffrorna till sin fördel; 35 procent röstade då ja och 65 procent röstade nej.

“ONE SIZE DOES NOT FIT ALL”

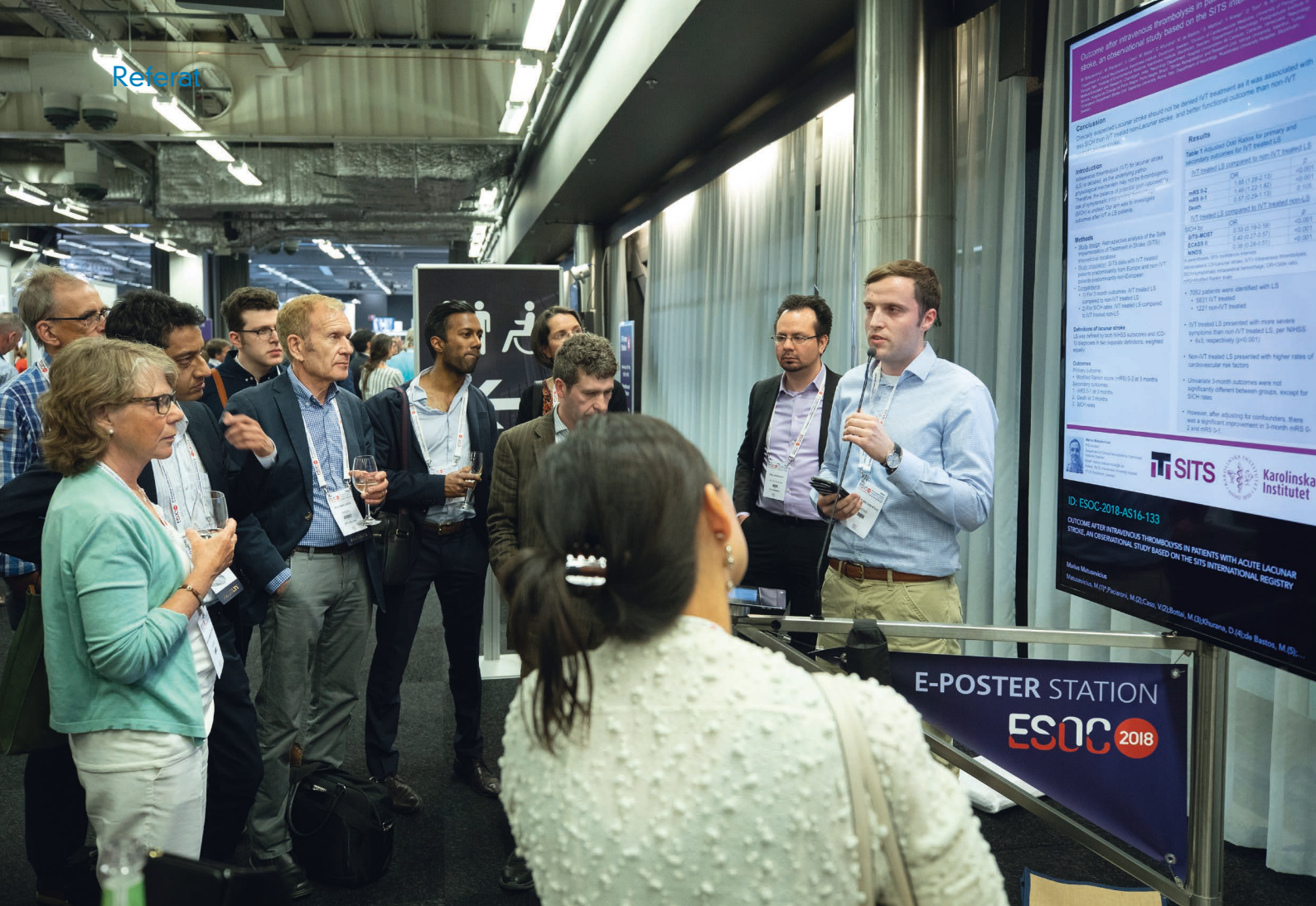
En jämställd strokevård i enlighet med Action Plan betyder inte att alla ska erbjudas samma vård. Flera olika initiativ och studier presenterades när det gäller förbättring av vårdprocesser. Många parametrar måste vägas in för att kunna erbjuda den effektivaste vården, med bästa kompetens på ett säkert sätt för varje enskild individ. För att uppnå detta krävs samordning och effektiva vårdssystem. Olika studier presenterades där specialistkompetens kunde tas till vara redan i det akuta skedet tack vare omfördelning av resurser och ny teknik. Exempel som nämndes var att en specialiserad sjuksköterska från strokeenheten involveras redan vid akutintaget. Användning av en videolänk i ambulansen där en neurolog kan ge specifik feedback vid NIHSS-bedömning var ett annat exempel på kompetenshöjning i den prehospita vården. Teknik skapar möjligheter på många nivåer och utvecklas allt mer, men det är ofta lång väg från idé till faktisk inkorporering i klinisk praxis.

REHABILITERING OCH LIVET EFTER STROKE

Konferensen tog fasta på teamwork mellan professioner och vikten av ett helhetsperspektiv för högkvalitativ strokevård. Mycket utrymme lämnades för studier om livet efter stroke och rehabiliteringsperspektivet lyftes fram mer än under tidigare ESO-konferenser. Förhoppningsvis får dessa fokusområden och det multiprofessionella perspektivet än mer utrymme på framtida konferenser.

Långtidskonsekvenser efter stroke lyftes fram som prioriterade områden i Action Plan inom domänerna Livet efter stroke och Sekundärprevention och strukturerad uppföljning. Under en session som handlade om mobilitet och livet efter stroke betonades vikten av att möta individen i den fas hen befinner sig. Studier visar att anpassningsprocessen pågår många år efter en stroke och att även anhöriga ingår som en viktig del i denna process. Risken för bristfällig långtidsuppföljning lyftes fram och där nämndes särskilt personer med subaraknoidalblödning som en grupp som lätt kan hamna mellan stolarna. Väl i linje med Action Plan konstaterades behov av långtidsuppföljning, utarbetad utifrån individens behov i de olika stadierna av anpassningsprocessen.

Studier visar att förbättringar kan ske lång tid efter stroke, vilket också belyser vikten av långtidsuppföljning. Positiva resultat presenterades vad gäller afasibehandling och att förbättringar kan ske flera år efter strokeinsjuknandet. Sammantaget visar studier att högintensiv logopedisk träning är effektivt, men frågan kvarstår avseende vid vilken tidpunkt träningen bör ske för att bästa resultat skall uppnås. Men det är inte bara ”träning” som är viktigt, utan även omgivande miljö. En berikad miljö har visat positiv effekt på plasticitet



och återhämtning vid prekliniska studier. Hur är det då för människor? Ett intressant projekt gällande berikad miljö har gjorts på en strokeenhet i Australien. Berikad miljö uppnåddes genom förändringar i miljön, påverkan av personalens attityder och aktivt deltagande från patienten och deras anhöriga. Förändringarna bidrog till att patienterna var mer aktiva. Om än en liten studie visar det på lovande resultat samtidigt som ytterligare forskning krävs för att stärka evidensläget.

En del av Livet efter stroke handlar ibland om att hantera frågor om döden och palliativ vård. På konferensen fördes diskussioner kring att utgången efter stroke kan vara svår att bedöma. Det föreslogs därför att man bör vänta ett tag innan man tar beslut om att påbörja palliativ vård. Det konstaterades att begreppen kan användas olika och att det kan vara svårt att förhålla sig till vad palliativ vård innebär, inte minst för patientens anhöriga om den palliativa fasen drar ut på tiden. Att initiera samtal om livets slutskede och aspekter på beslutsfattande var teman som presenterades. En mening som sammanfattar förhållningssättet i bemötandet vid palliativ vård var "Lets hope for the best and plan for the worst".

Övergripande fördes diskussioner om varför flera av de studier som presenterades inom rehabilitering inte visat signifikanta resultat. En möjlig förklaring ansågs vara att utfallsmåten ofta var generella, till exempel livskvalitet. Vid planering av framtida studier rekommenderades noggrannhet med tanke på val av primära utfallsmått för att bättre kunna utvärdera specifika rehabiliteringsinsatser.

HELA GÖTEBORG BJÖDS IN TILL SAMTAL OM STROKE

Inte bara konferensdeltagarna fick ta del av det internationella kunskapsflödet till Göteborg, utan även lokala gymnasieungdomar. Gymnasieskolor i Göteborg erbjöds att få besök av en lokal forskare som tillsammans med en internationell forskare höll en inspirerande föreläsning. Föreläsningarna syftade till att inspirera ungdomar till eftergymnasiala studier och forskning samt att öka kunskapen om stroke. Detta togs även upp som ett inslag i nyhetsrapporteringen i en lokal tv-kanal. Ett annat initiativ för att involvera gymnasieelever var att få möjlighet att delta under en av konferensdagarna, guidade av en forskningssjuksköterska och unga forskare från läkarprogrammet i Göteborg. Båda initiativen blev mycket uppskattade av elever, lärare och bidrog till att sprida information och kunskap om stroke.

En idrottsintresserad publik samlades vid "Göteborg Running Science Meeting" för att lära sig mer om det starka sambandet mellan fysisk aktivitet och cerebrovaskulär hälsa. Denna session anordnades i samarbete med Göteborgsvarvet och Idrottshögskolan. Vidare hölls öppna föreläsningar för allmänheten under titeln "Hur kan jag minska risken att drabbas av folksjukdomen stroke – så påverkar livsstil och psykiskt välbefinnande", som ett sätt att engagera hela Göteborg under konferensdagarna.

VISIONER FÖR FRAMTIDEN

Avslutningsvis, efter en fullspäckad kongress kan vi gemensamt konstatera att det finns hopp för framtidens strokesjuk-



EUROPEAN STROKE ORGANISATION CONFERENCE ANORDNAS ÅRLIGEN AV EUROPEAN STROKE ORGANISATION (ESO)

- Årets konferens var den största hittills med mer än 4.500 deltagare från 90 länder och 1.891 submitterade abstracts
- ESO grundades 2007 genom en sammanslagning av European Stroke Council (ESC) och European Stroke Initiative (EUSI) och har nu mer än 20.000 medlemmar
- 2016 lanserade ESO tidskriften European Stroke Journal (ESJ)
<https://eso-stroke.org/about-eso/#eso-history>

vård! Med förenade krafter och ett multidisciplinärt förhållningssätt kan vi uppnå målsättningarna för Action Plan fram till 2030.

Vi kan inte blunda för att det råder stora skillnader när det gäller tillgången till strokeenhetsvård i låg- och medelinkomstländer och även för olika socioekonomiska grupper inom samma land. Vi kan heller inte blunda för de signifikant påvisbara förbättringar som kan uppnås där strokeenhetsvård är tillgänglig. Estland lyftes fram som ett bra exempel på att dödligheten efter stroke kan minska dramatiskt genom ett målinriktat arbete med strokeenhetsvård.

I ett globalt perspektiv är de mänskliga och ekonomiska kostnaderna för stroke och andra livsstilssjukdomar enorma. WHO uppmanar till ett globalt engagemang som omfattar alla dessa sjukdomar. En uppmaning till samarbete över gränser, genom hela vårdkedjan, genom hälso- och sjukvårdssystem, över riskfaktorer, över klyftor, över hela världen. För att minska den globala påverkan av livsstilssjukdomar krävs ett brett angreppssätt – och det nu. Ett angreppssätt som involverar nationella regeringar, WHO i partnerskap med andra internationella organisationer (som WSO, WFN, SAFE, ESO), evidensbaserade riktlinjer och nära koppling till WHO:s hållbarhetsmål. Här har vi i Europa en viktig roll i arbetet för att uppnå en global basnivå för strokevård som inbegriper även de fattigaste och de mest sårbara folkgrupperna.

Vi kan bättre – det är möjligt att förändra!

REFERENSER

1. Saver JL. Time Is Brain—Quantified. *Stroke* 2006; 37(1):263-266.
2. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2008; 359(13):1317-1329.
3. Thomalla G, Simonsen CZ, Boutitie F, Andersen G, Berthezene Y, Cheng B, et al. MRI-Guided Thrombolysis for Stroke with Unknown Time of Onset. *N Engl J Med* 2018; 379(7):611-622.
4. Wilson D, Ambler G, Shakeshaft C, Brown MM, Charidimou A, Al-Shahi Salman R, et al. Cerebral microbleeds and intracranial haemorrhage risk in patients anticoagulated for atrial fibrillation after acute ischaemic stroke or transient ischaemic attack (CROMIS-2): a multicentre observational cohort study. *Lancet Neurol* 2018; 17(6):539-547.
5. Malik R, Chauhan G, Traylor M, Sargurupremraj M, Okada Y, Mishra A, et al. Multiancestry genome-wide association study of 520,000 subjects identifies 32 loci associated with stroke and stroke subtypes. *Nat Genet* 2018; 50(4):524-537.
6. Milne MS, Holodinsky JK, Hill MD, Nygren A, Qiu C, Goyal M, et al. Drip 'n Ship Versus Mothership for Endovascular Treatment: Modeling the Best Transportation Options for Optimal Outcomes. *Stroke* 2017; 48(3):791-794.



ANNIE PALSTAM

Leg. fysioterapeut och medicine doktor vid Göteborgs Universitet
annie.palstam@gu.se



ERIK LINDGREN

AT-läkare Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås och doktorand vid Göteborgs Universitet
Tilldelades "Young Investigator Award" under European Stroke Organisation Conference 2018
erik.lindgren@neuro.gu.se



EMMA KJÖRK

Leg. arbetsterapeut och doktorand vid Göteborgs Universitet
emma.kjork@vgregion.se



EMMA WESTERLIND

Läkare och doktorand vid Göteborgs Universitet
emma.westerlind@neuro.gu.se

Tack till doktorand Netha Hussein, professor Katharina Stibrant Sunnerhagen, docent Katarina Jood för genomläsning och synpunkter.

Foto: DICK GILLBERG