

Subarachnoidalblödning (misstänkt)/utredning av åskknallshuvudvärk

Gäller för: Region Kronoberg

Innehållsförteckning

1	Symtom / Presentation.....	2
2	Utredning.....	2
2.1	Klinisk undersökning.....	2
2.2	Radiologi.....	2
2.3	Likvorprovtagning.....	3
3	Handläggning.....	3
3.1	Vidare handläggning av påvisad SAB.....	3
3.2	Vidare handläggning vid utesluten SAB.....	3
4	Referenser.....	4

1 Symtom / Presentation

Subarachnoidalblödning (SAB) är ett sjukdomstillstånd som har en betydande risk för allvarliga komplikationer och död. Det vanligaste symtomet är hastigt debuterande svår huvudvärk, så kallad åskknallshuvudvärk, även om enstaka patienter kan debutera med nackvärk, nackstelhet, ljuskänslighet, illamående/kräkningar, medvetslöshet, kramper eller stroke-liknande symtom.

Ofta har insjuknandet i manifest SAB föregåtts av huvudvärksattacker av lindrigare grad, så kallade warnings leaks, och dessa patienter kan presentera sig med en måttlig huvudvärk utan neurologiska bortfall men trots detta ha hög risk för förnyad allvarlig blödning. Att identifiera dessa patienter kan vara livräddande.

Patienter med åskknallshuvudvärk skall i princip utredas med klinisk undersökning, datortomografi (DT) av hjärnan och lumbalpunktion (LP). LP är dock inte nödvändig om patienten bedöms ha låg risk för SAB efter klinisk undersökning och normal DT enligt nedanstående kriterier.

2 Utredning

2.1 Klinisk undersökning

En noggrann anamnes, klinisk undersökning och klinisk riskvärdering ligger till grund för den fortsatta utredningen. I anamnesen skall särskilt kartläggas förekomst eller hereditet för aneurysmal kärlsjukdom eller annan bindvävssjukdom.

Kliniska kriterier för att kunna utesluta SAB med endast CT

- säkerställd symtomdebut
- avsaknad av andra neurologiska symtom än huvudvärk
- avsaknad av medvetandeförlust
- ej isolerad nackvärk
- normalt neurologiskt status (inklusive ögonbottnar)
- ej feber eller nackstelhet

2.2 Radiologi

Konventionell DT av hjärnan har hög sensitivitet (97%-100%) om den utförs inom 6 timmar efter symtomdebuten, har optimal teknisk kvalitet och granskas av radiolog med neuroradiologisk kompetens. Frågeställningen ”Subaraknoidalblödning?” och insjuknandetiden skall tydligt framgå i röntgenremissen och eventuella tekniska artefakter skall omnämnas i svaret.

Vid kontraindikation för LP eller inkonklusivt svar kan DT-angiografi (DTA) användas för skärpt diagnostik. Vid hereditet för aneurysmal SAB bör DTA göras på vida indikationer.

2.3 Likvorprovtagning

LP för cellräkning och spektrofotometri bör göras tidigast 12 timmar efter symtomdebut för att möjliggöra differentiering mellan stickblödning och egentlig SAB.

LP bör göras med tunnast möjliga nål av icke-skärande typ för att minska risken för post-punktionell huvudvärk. Lila nål (24G Sprotte) eller orange nål (25G Sprotte) bör användas.

Prover tas i numrerade plaströr och lämnas omedelbart till laboratoriet efter provtagningen. Ring laboratoriet innan provtagningen utförs.

Likvorprov	Analys	Provmängd
1	Csv-Slaskrör	1-2 ml (*)
2	Csv-Celler, Csv-Protein	1-2 ml
3	Csv-Spektrofotometri	1-2 ml
4	Csv-Erc, extra	1-2 ml
	+ eventuella ytterligare analyser	
Blodprov	S-Bilirubin, S-Protein	Gult Serumrör

(*) Helst till makroskopiskt klar likvor ses.

3 Handläggning

3.1 Vidare handläggning av påvisad SAB

Verifierad SAB skall utredas akut för bakomliggande aneurysm i samråd med neurokirurg (046-177 354). DT och DTA utförs och demonstreras för neurokirurgen. I flertalet fall överförs patienten till Lund för konventionell angiografi, eventuellt med endovaskulär eller kirurgisk åtgärd.

Blodtrycksbehandling (inj Trandate 5mg/ml 5-20 ml iv) och eventuellt antifibrinolytisk behandling (inj Cyklokapron 100mg/ml 10ml iv) kan bli aktuellt inför transport. Samråd med anestesijouren om anestesipersonal skall följa med. Om patienten är medvetandesänkt bör intubation övervägas inför transporten.

3.2 Vidare handläggning vid utesluten SAB

Om SAB har uteslutits efter ovanstående utredning har patienten mycket låg risk att återinsjukna i hjärnblödning. Innan huvudvärken avskrivs som godartad måste dock relevanta differentialdiagnoser övervägas, exempelvis stroke, arteriella dissektioner, temporalisarterit, CNS-infektioner, sinustrombos och hypofysapoplexi.

4 Referenser

1. Nationella Riktlinjer för Strokesjukvård 2014; Socialstyrelsen
2. AHA / ASA Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage; Stroke. 2012;43:1711-1737
3. Perry JJ et al; Sensitivity of computed tomography performed within six hours of onset of headache for diagnosis of subarachnoid haemorrhage; BMJ. 2011;343:4277– 4287.
4. Backes D et al; Time-Dependent Test Characteristics of Head Computed Tomography in Patients Suspected of Nontraumatic Subarachnoid Hemorrhage; Stroke. 2012;43:2115-2119
5. Edlow J, Fisher J; Diagnosis of Subarachnoid Hemorrhage Time to Change the Guidelines?; Stroke. 2012;43:2031-2032
6. Cruickshank A et al; Revised national guidelines for analysis of cerebrospinal fluid for bilirubin in suspected subarachnoid haemorrhage; Ann Clin Biochem 2008;45:238–244
7. Edvardsson B; Åskknallshuvudvärk; Läkartidningen 2011; 108; 595-599
8. Dubosh N M et al; Sensitivity of Early Brain Computed Tomography to Exclude Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage - A Systematic Review and Meta-Analysis; Stroke. 2016;47:750-755

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.