

3. Videnskabelige møde i Dansk Selskab for Apopleksi

Dansk Selskab for Apopleksi afholdt den 24 september 2003, kl. 16-18.30, sit tredje videnskabelige møde i Emil Årestrup Auditoriet, Odense Universitetshospital.

Der var et stort fremmøde, auditoriet var fyldt til bristepunktet. Afdelingslæge Anne-Mette F. Homburg, Odense Universitetshospital var en engageret mødeleder, foredragsholderne ydede deres bedste og mødedeltagerne deltog ligeledes engageret i debatten. Det er en glæde her at kunne bringe korte abstrakts af foredragene.



Mødeleder Anne-Mette Homburg

Apopleksi – en arvelig sygdom?

v. Afdelingslæge, Ph.D. Søren Bak
Neurologisk afdeling N, Odense Universitets Hospital

Apopleksi kan i sjældne tilfælde være forårsaget af genetiske sygdomme. For det store flertal af patienter med apopleksi er det imidlertid uklart, hvorvidt genetiske faktorer bidrager til sygdommens opståen. I familiestudier har man påvist en øget relativ risiko – af størrelsesorden 1-2 gange – for apopleksi blandt nære slægtninge til apopleksipatienter. Der synes altså at være tale om en vis familiær forekomst af sygdommen. Udfra sådanne studier er det dog ikke muligt at afgøre, hvorvidt denne familiær forekomst skyldes de genetiske ligheder mellem familiemedlemmerne, eller blot er et udtryk for, at nære familiemedlemmer ofte er udsat for de samme miljømæssige påvirkninger. Denne skelnen mellem genetiske og miljømæssige faktoreres betydning er derimod mulig ved hjælp af tvillingestudier: Såfremt en sygdom optræder hyppigere hos begge tvillinger i enæggede tvillin-

gepar end hos begge tvillinger i toæggede tvillingepar tyder det på at genetiske faktorer er af betydning for udvikling af sygdommen.

I et nyligt publiceret studie fra Det Danske Tvillingeregister identificerede man i alt 11.564 enskønnede tvillingepar (3852 enæggede og 7712 toæggede tvillingepar), hvor begge tvillinger var i live den 1. januar 1943. I perioden frem til 31. december 1993 blev 386 enæggede og 673 toæggede tvillinger registreret i Dødsårsagsregistret med diagnosen apopleksi som dødsårsag. Når der var taget højde for køn og alder, havde en enægget tvilling, hvis medtvilling var død af apopleksi, omtrent dobbelt så stor risiko for selv at dø af apopleksi sammenlignet med en toægget tvilling i samme situation. Tilsvarende blev risiko for indlæggelse eller død af apopleksi vurderet blandt 11.598 tvillingepar, hvor begge tvillinger var i live den 1. januar 1977. I alt 342 enæggede og 599 toæggede tvillinger blev i perioden frem til 31. december 1993 registreret enten i Landspatientregistret eller i Dødsårsagsregistret med diagnosen apopleksi. Denne del af undersøgelsen viste samme tendens som for apopleksirelateret død alene. Ved at anvende særlige statistiske metoder var det desuden muligt at skønne, i hvilket omfang genetiske faktorer påvirker sygdomsforekomsten. Man konkluderede at genetiske faktorer er af betydning for udvikling af apopleksi, og at størrelsen af denne effekt er moderat.

Der har i de seneste år været stor interesse for at identificere genotyper med indflydelse på risiko for udvikling af apopleksi. En række genotyper med mulig betydning for blandt andet hæmostase, renin-angiotensin systemet og lipidmetabolismen har været undersøgt i associationsstudier, men ingen af disse genotyper har konsekvent været forbundet med øget risiko for apopleksi.

Der er fremover behov for store genetisk-epidemiologiske studier, som dels vil kunne belyse, hvorvidt genetiske faktorer er af særlig betydning ved specifikke apopleksi-subtyper, og dels vil kunne danne grundlag for associationsstudier af genotyper med mulig betydning for sygdommens opståen.

Trombofili

v. Overlæge dr. med. Søren R. Kristensen
Klinisk kemisk afdeling, Odense Universitetshospital

Ordet "trombofili" er ikke defineret, men anvendes sædvanligvis om en tilstand med biokemiske forhold, der giver øget tendens til tromboembolisk sygdom, og dette kan være medfødt eller erhvervet. Tromboser kan være venøse eller arterielle, og patobiokemisk adskiller de sig fra hinanden, så "trombosedisponerende forhold" disponerer ikke nødvendigvis både for venøse og arterielle tromboser.

Trombocytose og polycytæmi disponerer begge for både venøs og arteriel trombose. Mangeltilstand af de velkendte koagulationsinhibitorer antitrombin (AT), protein C (PC) og protein S (PS) er klart disponerende for venøs trombose;



Overlæge Dr. med. Søren R. Kristensen

men sammenhængen til arteriel trombose er langt mere usikker. I patientmaterialer med disse mangeltilstande er der set overvægt af arteriel trombose, men i materialer, hvor yngre patienter med iskæmisk stroke har været udredt, ses der meget få med mangeltilstand. Mangel på AT, PC og PS er således formentlig lettere, men sjældne risikofaktorer for apopleksi.

Faktor V Leiden og protrombin 20210A-polymorfien er også kendte risikofaktorer for venøse tromboser, men har vist sig ikke at være risikofaktorer på den arterielle side. Faktor V Leiden er dog i visse studier fundet at være risikofaktorer også på den arterielle side hos yngre voksne og børn; men der er ikke konsistens på dette fund i forskellige studier.

Phospholipid antistoffer er autoantistoffer rettet mod proteiner bundet til phospholipidoverflader. De kan påvises som enten "lupus antikoagulans" med koagulationsanalyser eller med direkte kvantitering af cardiolipin-antistoffer (eller b2GPI-antistoffer m.fl.) med ELISA-tests. Mange studier har vist association mellem phospholipid antistoffer og stroke, omend med varierende styrke. Lupus antikoagulans synes at være den stærkeste risikofaktor, mens forekomst af anti-cardiolipin antistoffer er dårligere markører; men phospholipidantistoffer er risikofaktor for såvel venøs som arteriel trombose.

Homocystein er en intermediær metabolit i proteinomsætningen, hvor det har vist sig, at en høj koncentration disponerer til trombose. Virkningsmekanisme(r) er reelt ukendt, selv om mange forskellige har været foreslået. Både eksogene og genetiske forhold påvirker homocystein-koncentrationen. Specielt resulterer forskellige vitaminmangler i forhøjet homocystein ligesom det påvirkes af livsstilsfaktorer. To metaanalyser fra 2002 konkluderede begge, at forhøjet homocystein er en risikofaktor for apopleksi.

Forhøjet fibrinogen og måske forhøjet FVII og PAI-1 er i populationsstudier vist at være risikofaktorer, men betydningen hos den enkelte er vanskelig at vurdere. En række polymorfier i generne for disse proteiner påvirker koncentrationen, men studier på sammenhængen mellem disse polymorfier og disposition for apopleksi har ikke vist nogen

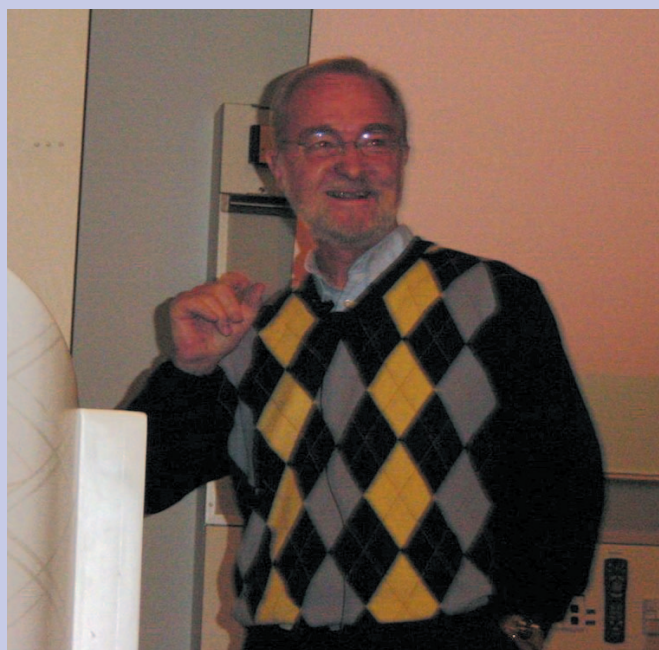
sikker sammenhæng. Det samme gælder for forskellige andre polymorfier i generne for trombocytternes overfladereceptorer og andre koagulations-proteiner.

Konklusionen er, at phospholipidantistoffer og forhøjet homocystein er klare risikofaktorer for apopleksi, ligesom trombocytose og polycytæmi. Mangel på AT, PC eller PS er sjældne og højest lettere risikofaktorer, mens faktor V Leiden og protrombin 20210A ikke ser ud til at være risikofaktorer for apopleksi.

Den logopædiske indsats i relation til apopleksi/afasi

v. Bent E. Kjær, forstander, audiologopæd
Fyens Amts Tale Høreinstitut

Indlægget fokuserede på nogle overordnede synspunkter om sprog og kommunikations-kompetence som det der gør mennesket til menneske – og på en generel redegørelse for de forskellige typer af undervisningstilbud der gives på Tale-Høreinstitutet i Fyens Amt, samt på nogle synspunkter på begrebet evidens i relation til logopædisk undervisning.



Forstander, logopæd Bent E. Kjær

Med udgangspunkt i citaterne "I begyndelsen var ordet. ... Uden det blev intet til af det som er" (Joh. 1.1, 3) og "Dass wir miteinander reden können, macht uns zum Menschen" (Karl Jaspers) understregede forfatteren, at hvis man pludselig mister sproget – ikke mere behersker sproget og talen, så er man ikke mere dét menneske man var, før ændringen indtrådte. Man kan komme til skade og miste førligheden; man kan få amputeret begge ben, eller lide af alle mulige fysiske skavanker. Man er stadig det samme menneske. Men den dag man ikke kan samtale med andre mennesker, med

sine nærmeste, så er man ikke mere.

Idealet for kommunikation mellem mennesker er at vi taler med hinanden. At vi samtaler! Når vi gør det, er vi lige - og ligeværdige individer med respekt for hinanden.

Nogen vil måske hævde, at dét ideal er en ren utopi når vi taler om afasiramte. Forfatteren valgte at kalde det dén logo-pædagogiske opgave: at lære fx et ægte-par at kommunikere - i betydningen at samtale - på trods af afasien, med det sprog og den talefærdighed der er til rådighed, eller med alternative kommunikationsformer.

Herefter blev der redegjort for den danske lovgivning om specialundervisning for voksne (hvorunder den logopædiske undervisning hører) og for, at enhver borger iflg. loven har ret til at henvende sig og anmode om taleundervisning. Det blev understreget, at det ikke er en lægelig opgave eller et lægeligt ansvar at afgøre, om der i en given situation er behov for logopædisk indsats. Eller for henvisning til logopædisk indsats. Det er alene den enkelte borger, det være sig den afasiramte selv eller dennes nære pårørende, der afgør om han/hun mener at have brug for logopædisk bistand.

Logopæderne anser en tidlig indsats for særdeles vigtig. Ikke fordi vi tror at kunne gøre en behandlingsmæssig forskel meget tidligt i forløbet. Men af i hvert fald tre andre grunde:

1. - fordi vi gerne vil kunne give de pårørende en fagligt velfunderet forklaring på hvad der er sket med den afasiramtes tale; hvad det er den pågældende ikke kan; og - ikke mindre - hvad vedkommende stadig kan! Og vi skylder de pårørende denne information så hurtigt som muligt efter sygdommens opståen.
2. - fordi vi skylder dels den afasiramte, dels personalet på afdelingen at kunne give en ordentlig vejledning om hvordan man skal tale til patienten. Og den vejledning skal være baseret på en kvalificeret undersøgelse af den afasiramtes perceptiv (impressive) sproglige funktioner. Personalet skylder pt. - i det omfang det overhovedet er muligt - at tale til ham i en sproglig form som han har en mulighed for at forstå.
3. - fordi det er meget vigtigt, så hurtigt som muligt, at finde en måde at kommunikere med den afasiramte på. Man skal være opmærksom på de signaler han sender og støtte ham i at bruge dem i kommunikationen. Det er logopæden der er uddannet til at opfange og understøtte disse, ofte svage, signaler. Og det er logopæden der skal vejlede de øvrige faggrupper i at se og bruge disse signaler. Det gælder om at undgå, at den afasiramte isolerer sig - og forebygge, at han opgiver fordi han ingen respons får.

Efter at have gennemgået de forskellige undervisningstilbud der gives på Fyns Amts Tale-Høreinstitut tog forfatteren "det uundgåelige spørgsmål" om evidens for logopædisk indsats op. - Han slog fast, at logopædi er et humanistisk fag, og at logopædisk intervention ikke kan sammenlignes med et medikament og ej heller gøres til genstand for traditionelle naturvidenskabelige forskningsmetoder.

Logopædi er undervisning. Og den undervisning danske

logopæder giver er ikke et antal veldefinerede objektive metoder, baseret på en eller anden score i en test, men en individuelt tilpasset undervisning, for hvilken der - i samarbejde med klienten selv - er udarbejdet en konkret plan, som løbende evalueres og justeres.

For mig, udtalte forfatteren, er der fuldt tilstrækkelig evidens for effekten af den logopædiske indsats i de positive erfaringer, danske logopæder har opsamlet i de mere end 30 år vi har givet et logopædisk tilbud til afasiramte i Danmark. Og i de tusindvis af taknemmelige udsagn vi har hørt igennem årene - både fra de afasiramte selv og fra deres pårørende.

Forfatteren erklærede sig fuldt ud tilfreds med at konstatere, at der er en klar erfarings-evidens for effekten af det logopædiske arbejde. Effekten af den logopædiske indsats over for afasiramte kan ikke måles i tørre tal. Men det er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at der ikke er nogen effekt. Det er snarere et udtryk for, at vi ikke har de måleredskaber der skal til for at måle den form for behandling, som logopædisk undervisning er.

Det vigtigste for os der udøver logopædien er, at vore klienter giver meget klart udtryk for, at de er tilfredse med vores indsats; at det var af stor betydning for dem, at vi var der umiddelbart efter indlæggelsen; og at de pårørende er glade for og har udbytte af den rådgivning, vejledning og undervisning de får.

Forfatteren sluttede med at postulere - og stille sig tilfreds med, at positiv effekt af logopædisk indsats er det, den enkelte klient oplever som en positiv effekt. Og hvis mange klienter oplever en positiv effekt af den logopædiske indsats, så er der evidens for at indsatsen har effekt.

Medicinsk Teknologivurdering af hjemmetræning af patienter med følger efter apopleksi

v. konsulent Torben Larsen,
CAST, Syddansk Universitet (Email: tla@cast.sdu.dk)

Hjemmetræning vurderes klinisk ud fra et EHSD-koncept, det vil sige som en intervention karakteriseret ved 1) tidlig udskrivning, 2) træning i patientens hjem og 3) organisering af rehabiliteringen i et multifagligt terapeutteam med henblik på tværfaglig og -sektoriel koordinering. En systematisk, medicinsk litteratursøgning med udgangspunkt i Cochrane Review 000443 har identificeret 6 randomiserede EHSD-forsøg med 994 patienter, som også har relevante data om specielt liggetid og "Poor outcomes" (død eller plejehjem). Dødeligheden er isoleret set ikke signifikant reduceret i EHSD. Metaanalyse giver EHSD en signifikant reduceret Odds Ratio for "Poor outcomes": OR=0,59 (0,41-0,83);

NNT=9 og en gennemsnitlig afkortning af liggetiden med 11 dage. Det er et lidt stærkere resultat end den seneste metaanalyse af det bredere, heterogene ESD-koncept omfattende 10 forsøg med i alt 1574 patienter, der gav OR=0,74 (0,57-0,97) (Langhorne et al, 2003).

Der gennemføres en forløbsbaseret Cost-benefit analyse med værdisætning af 1) forskelle i liggetid, 2) forskelle i antal ambulatorie-/daghospitalsydelse på sygehuset, 3) forskelle i rehabiliteringsydelse af sygehuspersonalet i hjemmet, 4) forskelle i kommunale ydelser i hjemmet, 5) forskelle i brugen af plejehjemslignende funktioner samt 6) forskelle i livskvalitet. I den udstrækning, der mangler tilstrækkelig information i den kliniske og sundhedsøkonomiske forskning, er datagrundlaget suppleret med data fra hjemmetrænings-projektet på Lemvig Sygehus, et implementeringsprojekt i Svendborg samt andre danske undersøgelser af følgerne efter apopleksi. Et konservativt hovedresultatet baseres på kun 1 års varighed af EHSD-effekten svarende til dokumenterede opfølgningserfaringer og en liggedagsreduktion på kun 5 dage svarende til 95% konfidensniveauet. På det grundlag forventes en gennemsnitlig nettobesparelse pr. patient på 10.000 kr. i dagens prisniveau, hvortil kommer en QALY-effekt på 3.000 kr. Med en pessimistisk kombination af forventede besparelser på liggetid og plejehjem vil den driftsøkonomiske gevinst nærme sig nul, hvorved projektets nettobenefit svarer til patienternes QALY-gevinst. Med en realistisk forventning til EHSD-effektens varighed på 1,5 år stiger nettobenefit til 18.000 kr. pr. patient. Op til 5.000 danske apopleksipatienter vil årligt kunne have gavn af denne form for sekundær forebyggelse via hjemmetræning med ca. 500 færre "Poor outcomes" til følge.

EHSD-konceptet bør ikke overføres til andre hjerneskeletter uden forudgående dokumentation for en tilsvarende reduktion af liggetid og "Poor outcomes".

Tilfredsheden hos patienter og pårørende er signifikant større i hjemmetræning end i konventionel sygehusrehabilitering, hvilket bidrager til den hurtige rehabilitering. Organisatoriske og finansielle forudsætninger for hjemmetræning diskuteres:

- Indførelse af hjemmetræning kræver en betydelig integration af terapeuternes og plejepersonalets arbejdsområder samt en serviceorienteret afdelingsledelse.
- Samarbejdet mellem sygehusets og kommunens personale forudsætter en speciel opbakning på de respektive ledelsesniveauer.
- Som finansieringskilde peges på en kombination af 1) lokale genoptræningsaftaler mellem amter og kommuner også omfattende udgående sygehusterapeuter og 2) en central udligning via de årlige budgetaftaler mellem staten, amter og kommuner.

Til støtte for en kvalitetsbetonet implementering af hjemmetræning med de respektive afdelingsledelser som drivkraft opstilles afslutningsvis en beslutningsstøttemodel.

Nyt logo

v. Klinisk oversygeplejerske
Susanne Zielke

Dansk Selskab for

apopleksi



Dansk selskab for Apopleksi har fået et nyt logo. Logoet er udarbejdet af CAD0 Grafisk Design.

Logoets symbolik

Omrisset af hjernen symboliserer hvilket organ i menneskets krop, der er ramt ved apopleksi. Bladene i den udvaskede blomst symboliserer at tværfaglig indsats er vigtig. Hvert blad symboliserer en eller flere professioner. Logoet vil i fremtiden være kendetegnet for Dansk Selskab for Apopleksi.

Dansk Selskab for

apopleksi

