

Foredragskonkurrencen

Nr. 1

Vurdering af funktionsevne i overgangen fra hospitalsbaseret til kommunal rehabilitering hos patienter med apopleksi. En undersøgelse i de tre vstdanske regioner

Thomas Maribo, fysioterapeut, Ph.d.¹; Camilla Biering Lundquist, fysioterapeut, cand.scient.san.¹; Claus Vinther Nielsen, professor.¹

¹MarselisborgCentret, Forsknings- og udviklingsenheden, P. P. Ørums Gade 11, 8000 Århus C

Kontaktperson: Thomas Maribo thomas.maribo@stab.rm.dk

Baggrund

De fleste apopleksipatienter har behov for rehabilitering efter akut behandling. Rehabiliteringen initieres på sygehuset og fortsættes i kommunen. Udskrivelse fra sygehuset er den første store overgang i rehabiliteringsforløbet. I overgangen udarbejdes en genoptræningsplan med beskrivelse af funktionsevne, samt en beskrivelse hvilke begrænsninger i funktionsevnen genoptræningen skal rettes mod. Der er ingen nationale konsensus om hvordan funktionsevnevurderingen foretages og beskrives.

Det er vigtigt at beskrive funktionsevnen dels i forhold til planlægning af det videre forløb, dels i forhold til at kunne vurdere ændringer i funktionsevnen.

Det er formålet med undersøgelsen at beskrive hvilke redskaber der bruges til vurdering og beskrivelse af funktionsevne hos patienter med apopleksi i overgangen mellem sygehus og kommune.

Metode

Der er udsendt spørgeskemaer til sygehuse og neuro-rehabiliteringsenheder der behandler patienter med apopleksi samt kommuner i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark. Spørgeskemaet henvender sig til plejepersonale, terapeuter, talepædagoger og neuropsykologer.

Resultater

Der er svar fra 85% af de regionale institutioner og fra 87% af kommunerne.

Fra regionerne angives 61 forskellige redskaber, heraf anvendes 59% kun på en eller to institutioner, og kun 4 redskaber (7%) anvendes på mere end halvdelen af institutionerne.

Fra kommunerne angives 60 forskellige redskaber, af disse anvendes 67% kun i en eller to kommuner, og kun 4 redskaber (7%) anvendes i mere end halvdelen af kommunerne.

Konklusion

Der anvendes et meget stort antal redskaber til vurdering af funktionsevne, hovedparten af redskaber anvendes få steder, og der er ikke enighed om brug af redskaber.

Nr. 2

Løb af supraventrikulære ekstrasystoler prædikerer øget dødelighed hos patienter med iskæmisk apopleksi og sinusrytme

Kristina Høeg Vinther, Læge, Ph.d. studerende¹ Kenneth Egstrup, professor, overlæge, dr.med.¹
Thomas Rosen, overlæge², Gokulan Pararajasingam, stud.med³ Claus Tveskov, overlæge, ph.d.²

¹Medicinsk Forskningsafdeling, OUH, Svendborg, ²Medicinsk afdeling, OUH, Svendborg,
³Syddansk Universitet

Kontakt: Kristina.Hoeg.Vinther@rsyd.dk

Baggrund: Supraventrikulære ekstrasystoler (SVE) kan være en forløber for paroxysmisk atrieflimren(AF). Formålet var at evaluere den prognostiske betydning af løb af SVE hos patienter indlagt med iskæmisk apopleksi og sinusrytme(SR).

Metode: Fra august 2008 til april 2011 blev 870 patienter indlagt med iskæmisk apopleksi. Alle uden kendt AF blev monitoreret med telemetri i 48 timer. Man registrerede nyopdaget AF(= 30 sek.) og løb af SVE(=3 slag, <30 sek.). Total dødelighed blev opgjort november 2012.

Resultater: 72 patienter blev ekskluderet pga. manglende telemetri. Ud af 798 patienter havde 575(72 %) SR, hvoraf 160(28 %) havde løb af SVE. 87(11 %) havde nyopdaget AF. I løbet af en median opfølgningstid på 28 måneder døde 257(32 %) patienter, hvoraf 35 % havde SR med løb af SVE og 21 % havde SR uden løb af SVE. Efter justering for potentielle confoundere, var der signifikant højere dødelighed hos patienter med løb af SVE (HR:1.6; 95 % CI:1.1-2.3; P=0.023) sammenlignet med patienter med SR uden løb af SVE.

Konklusion: Blandt patienter med iskæmisk apopleksi og SR var den totale dødelighed signifikant højere hos dem med løb af SVE. Det er uvist om patienter med SR og løb af SVE vil have gavn af antikoagulations behandling.

Nr 3

Door-to-needle-tid (DNT) på 20 minutter er både muligt og sikkert

S. Henriksen¹, L. Jeppesen², Anders Christensen³, H. Christensen⁴

¹ Forskningsårsstuderende, stud.med., Neurologisk afd., Bispebjerg Hospital

² Ledende overlæge, dr.med., Afd.for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital

³ Overlæge, dr.med., Radiologisk afd., Bispebjerg Hospital

⁴ Overlæge, klinisk forskningslektor, dr.med., Neurologisk afd., Bispebjerg Hospital

Kontaktperson:

Sille.moelvig.henriksen@regionh.dk

Baggrund:

Intravenøs trombolyse er aktuelt den betydeligste outcome-modificerende behandling ved akut iskæmisk apopleksi. Effektstørrelsen afhænger væsentligst af tid til behandling, mens sikkerheden afhænger af en systematisk identifikation af risikomarkører som f.eks. intrakranielle blødninger.

Formålet med dette studie var at opnå en median DNT på 20 minutter uden at acceptere en øgning i blødningsrisici.

Metode:

En ny struktureret modtagelsesprocedure baseret på traumeteam-principper er blevet udarbejdet af et tværfagligt team bestående af en neurolog, radiolog, sygeplejerske og radiograf. Apopleksipatienter modtages af teamet i et tilegnet rum med øjeblikkelig adgang til både CT og MR. Gennem en 3-måneders registreringsperiode (marts-juni 2013) er alle tilfælde af trombolyselvurdering blevet registreret af en ekstern person. Registreringen dækker tid for symptomdebut, ankomsttid, behandlingstid eller tid for beslutning om ingen trombolyse, herunder fordelingen af tidsforbruget. Til sammenligning er data fra 2012 blevet brugt.

Resultater:

I alt er 157 patienter blevet trombolyselvurderet heraf er 148 blevet tidsregistreret; ni patienter (5,7%) blev ikke registreret, dog uden signifikant forskel i trombolyselveratio ($p=0,473$). Patienterne havde en median alder på 67 år og 53,4% var hankøn. Syvogfyrre patienter (31,8%) modtog trombolyselbehandling. For patienter der modtog trombolysel var DNT 20 min 58 sekunder og for patienter der ikke fik behandling var den mediane tid til beslutningen 15 minutter 50 sekunder. Der var ingen signifikante blødningskomplikationer. Median DNT i 2012 var 49 minutter.

Konklusion: DTN kan reduceres ved organisatoriske tiltag uden konsekvens for sikkerheden. NNT reduceres med 1 for hver 20-minutters reduktion i DNT, dermed kan denne intervention vise sig at være meget klinisk relevant.

Nr. 4

Hormone replacement therapy and age at stroke

Nete Hornnes, Forskningssygeplejerske, Neurologisk Afdeling N, Herlev Hospital

Background. Hormone replacement therapy (HRT) in postmenopausal women has been shown to increase their risk of stroke.

Methods. We did a cohort study of 1306 patients admitted to Copenhagen Hospitals with stroke or TIA from April 2004 till September 2007. 553 female participants provided data on use of HRT. Information on age at menopause, hypertension, hypercholesterolemia, diabetes, dietary habits, current smoking, use of alcohol, and physical activity were obtained by interview. We did a regression analysis of predictors of age at stroke onset. HRT and variables with a p -value <0.2 in the univariate analyses (diabetes, current smoking, alcoholic drinks per week, overuse of alcohol, and physical activity) were entered into the model.

Results. 180 (33%) women reported use of HRT. HRT was introduced at a median age of 48 years (IQR 44-50), and continued for a median of 4.5 years (IQR 1-19). We found no difference between treated and untreated women regarding median age at menopause: 49 years in the HRT-group vs 50 years $p=0.154$. HRT-treated women were significantly younger on admission with stroke: median age 77 years (IQR 69-83) vs 80 years (IQR 69-87) $p=0.010$. Regression analysis showed that age at

stroke onset was predicted by current smoking $p < 0.0001$, number of drinks per week $p = 0.0005$, and sedentaryness $p < 0.0001$, and age at menopause ($p = 0.004$), but not by use of HRT.

Conclusion: Women on HRT had their stroke at a younger age; however, use of HRT did not predict age at stroke onset

Nr. 5

Endothelin-1 in cephalic and peripheral venous blood in acute ischemic stroke patients

Back C¹, Mathiesen O², Thiesen KL², Skovgaard K², Pedersen NA², Edvinsson L³, Bie P⁴, Aachmann-Andersen NJ⁵, Larsen VA, Iversen HK¹.

¹Stroke Unit, Department of Neurology, Copenhagen University Hospital Glostrup, Glostrup, Denmark. ²Department of Anaesthesiology, Copenhagen University Hospital Glostrup, Denmark.

³Translational Stroke Center, Glostrup Research Institute, Copenhagen University Hospital Glostrup, Denmark.

⁴Institute of Molecular Medicine, University of Southern Denmark, Odense, Denmark. ⁵Department of Neuroscience and Pharmacology, University of Copenhagen, Denmark. ⁶Department of Radiology, Copenhagen University Hospital Glostrup, Denmark.

Background Endothelin 1 (ET-1) is a potent vasoconstrictor, produced primarily by endothelial cells. Antagonism of ET-1 decreases experimental infarct size in rodent animal stroke models and endothelin receptor expression is increased in animal stroke models and in post-mortem samples of the middle cerebral artery from ischemic stroke patients. In acute stroke patients, measurements of circulating ET-1 levels show conflicting results.

Aim In the present study we investigated local ET-1 levels in the jugular and peripheral venous blood in acute ischemic stroke patients and in healthy subjects.

Methods 16 patients 70 years old (65 – 80 yrs), M:F 10:6) suffering acute ischemic stroke within the last 48 hours and 10 healthy male controls, age: 25 years old (23 – 29 yrs) were included. In patients plasma ET-1 from the external jugular vein ($n = 6$) and the internal jugular bulb ($n = 10$) was compared to cubital venous levels in the acute and post-stroke phase (> 4 months after onset).

Results In the acute phase ET-1 levels in jugular venous blood (external and internal) were lower than corresponding peripheral levels, 0.80 (0.58 - 1.55) pmol/ml versus 1.15 (0.93 - 1.53) pmol/ml ($p < 0.05$). No differences were found in the healthy control group, 1.57 (0.48 - 2.22) pmol/ml versus 1.27 (0.85 - 2.04) pmol/ml (ns). The jugular-peripheral vein differences were significantly larger in stroke patients than in healthy controls.

Conclusion The results show that in patients suffering acute ischemic stroke the ET-1 level in jugular blood is lower than in peripheral blood. This may be due to enhanced ET-1 receptor expression in the infarcted area reflecting vascular plasticity. The results emphasize that peripheral measurements cannot be used as expression for local production or turnover in the brain circulation. Knowledge of the exact role and temporal course of the ET receptor regulations could expose alternative pathways to neuroprotective treatments.