

COVID-19 og stroke (blodprop eller blødning i hjernen)

Status og holdningspapir fra Dansk Selskab for Apopleksi

Viden om COVID-19 fremkommer med stor hast og Dansk Selskab for Apopleksi vil i det følgende sammenfatte væsentlig aktuel viden om COVID-19 i forhold til stroke, samt fremlægge vores anbefalinger.

Generelt kan vi glæde os over, at situationen i Danmark er langt bedre end i mange andre lande. Vores centraliserede og velorganiserede sundhedssystem har vist sig fra sin bedste side og danskere er jo generelt efterrettelige, det er blandt andet dokumenteret af forskere ved Psykologisk Institut, KU (1).

Men hvad med de mange der bliver ramt af stroke (apopleksi, blodprop eller blødning i hjernen) under pandemien – og alle dem, der lever med følger efter stroke? Denne store gruppe borgere er jo om nogen i en høj risikogruppe og har behov for særlig opmærksomhed, også fra Sundhedsstyrelsens side.

Underbehandles stroke/TCI under COVID-19 pandemien?

Globalt er der omfattende bekymring for, om den akutte behandling af apopleksi gennemføres – om man overhovedet kommer på hospitalet – ved tegn til akut stroke. En spørgeskemaundersøgelse fra World Stroke Organization har vist betydelige nationale forskelle (2). I forbindelse med COVID-19 pandemien har vi også i Danmark set færre indlæggelser med stroke/TCI end vanligt. Der findes endnu ikke sikre tal på området, men mange kolleger rapporterer, at der er sket en nedgang i antal af indlagte patienter med lette strokes og TCI (forbigående symptomer på stroke), medens antallet af patienter med moderate eller svære symptomer næppe er påvirket. Dette bekræftes af, at antallet af reperforationsbehandlinger (trombololyse og endovaskulære behandling) stort set har været uændret i perioden med COVID-19 pandemi. Om dette er udtryk for, at færre reagerer på lette tegn til stroke, eller er udtryk for en naturlig variation i antal vides ikke aktuelt. Man kan frygte at, der kommer en bølge af personer, som fravalgte at søge hjælp i den akutte situation, men senere henvender sig med et nyt stroke/TCI, der kunne have været forebygget af rettidig forebyggende behandling.

Påvirker COVID-19 per se risiko for stroke/TCI?

Det er kendt at infektioner som influenza øger antal af strokes. Aktuelt ses et voksende antal rapporter om, at stroke er relateret direkte til COVID-19 infektion også hos grupper, hvor man normalt kun sjældent ser stroke (3,4). Det er ligeledes sandsynligt at der foreligger en COVID-19 relateret koagulopati (5). Vi skal som fagfolk være opmærksomme på, at patienter med COVID-19 måske kan have større risiko for at få stroke/TCI og at disse patienter skal have vanlig evidensbaserede stroke behandling, pleje og rehabilitering.

Risiko for alvorligt forløbende COVID-19 infektion.

De danske sundhedsmyndigheder har beskrevet en række risikogrupper, men det er væsentligt at være opmærksom på, at vurdering af den enkelte persons risiko for alvorligt COVID-19-forløb beror på en konkret lægefaglig vurdering.

Stroke og TCI patientgruppen er heterogen, men det er almindeligt at se flere risiko faktorer såvel som betydelig komorbiditet. Gennemsnitsalderen ved indlæggelse for stroke i Danmark var 72 år og for TCI 70 år i 2018. Kun 6 % af strokepatienterne og 3 % af TCI patienterne blev indlagt fra en plejebolig (6).

Tilstedeværelse af kardiovaskulære sygdomme hos stroke og TCI patienter (6).

	Hypertension	Tidligere stroke	Diabetes	Atrieflimren	Tidligere AMI
Stroke	57 %	24 %	16 %	19 %	7 %
TCI	53 %	19 %	14 %	15 %	6 %

- **Alder:** Der er øget risiko for alvorligt forløbende COVID-19 infektion hos personer over 70 år, og særligt personer over 80 år, samt hos personer over 65 år med samtidig forekomst af en eller flere kroniske sygdomme. Vurdering af ældres risiko må dog ikke alene baseres på biologisk alder, idet risiko for et alvorligt sygdomsforløb med COVID-19 i væsentlig grad afhænger af samlet fysisk status. Dette skal vurderes og vægtes med højere værdi end den faktiske alder (7).
- **Overvægt:** Risiko i forhold til overvægt skal ses i sammenhæng med den samtidige tilstedeværelse af andre kroniske sygdomme, som typisk ved overvægt kan være diabetes eller hjertekarsygdom, der synes ikke at være grundlag for at basere en øget risiko på overvægt alene. Personer med BMI over 35 samt personer med BMI over 30 og samtidig kronisk sygdom er ifølge nuværende viden i øget risiko (7).
- **Hypertension, diabetes, iskæmisk hjertesygdom og svært nedsat nyrefunktion:** Øger risikoen, men i hvilken grad vides ikke, for yderligere (7).
Det diskuteres om antihypertensiva med effekt via ACE2-receptorer (angiotensinkonverterende enzym 2-receptorer) påvirker risiko for smitte; både positiv og negativ effekt er foreslået. Der er ikke aktuelt grundlag for at disse overvejelser skal påvirke klinisk praksis. Området følges tæt, for detaljer og referencer se (8).
- **Nedsat ernæringstilstand og påvirket almentilstand** (7).
- **Tilstande, der medfører nedsat hostekraft eller problemer med at komme af med slim fra luftvejene** (7).
- **Fremskreden demenssygdom, uanset baggrund for denne, og personer med let til moderat kognitiv svækkelse og samtidig høj alder og komorbiditet** (7).
- **Tidligere stroke:** Øger risiko for et alvorligt forløbende sygdomsforløb med COVID-19, det første stroke studie finder øgning med en faktor 2.5 (9,10).



Særlige forhold ved behandling af personer med stroke under COVID-19 pandemien.

Risiko for venøs tromboemboli: Der ses en betydelig risiko for venøs tromboemboli under alvorlig COVID-19 infektion, hvorfor det internationale (ISTH) og Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (DSTH) anbefaler lavmolekylært heparin i profylaktiske doser (11,12). Hos immobiliserede personer med stroke og COVID-19 bør der således ud over intermitterende pneumatisk kompression gives lavmolekylært heparin i profylaktiske doser; dog må der ved ICH ligge særlige overvejelser, da det sædvanligvis, ud fra et pragmatisk synspunkt, gælder at heparin ikke bør initieres indenfor de første 48 timer (13).

Dysfagiscreening: Ca. 30 % af patienter med stroke har dysfagi og udeladelse af dysfagiscreening er relateret til fem gange øget risiko for dårlig prognose og 2,5 gange øget risiko for død (14). Synketest er en udfordring ved risiko for COVID-19 smitte, specielt i forhold til hosteprovokation. Synketest er absolut nødvendigt, og tilgængelighed af relevante værnemidler til undersøger skal prioriteres højt.

Reperfusionsterapi: At behandle personer som har akut stroke og COVID-19 infektion, kræver specialistviden indenfor stroke og en organisation, som indtænker brug af relevante værnemidler (15). Med det uændrede antal reperfusionsterapi ser det ud til at dette fungerer i Danmark.

Stroke Unit Care: I dag er man ofte kun indlagt få dage på et apopleksiafsnit, hvorefter den videre rehabilitering foregår i kommunerne. Stroke unit care, det vil sige en dedikeret stroke behandling i hele det tværsektorielle patientforløb, reducerer risiko for dårlig prognose, herunder behov for plejebolig og død (16), og bør således vægtes lige så højt som akut behandling.

Her stiger vores bekymring: Hvordan kan stroke patienter modtage relevant rehabilitering, når kommunale tilbud i vidt omfang er lukket ned? Patientforeningen Hjernesagen har modtaget talrige beretninger om, at rehabilitering er aflyst eller ikke iværksat. Det gælder både fysisk, kognitiv og kommunikativ træning. Vi frygter, at personer som er ramt af stroke under COVID-19 pandemien, således kun modtager den hospitalsbaserede behandling og rehabilitering. Hvordan får de hverdagen til at hænge sammen med begrænset hjemmehjælp, herunder kan nogle patienter være hjemsendt tidligere end vanligt? Vi frygter, at mange strokepatienter står alene i hverdagen uden den nødvendige hjælp og træning. Isolationen forværres af, at pårørende opfordres til ikke fysisk at besøge personer i risikogruppen. Vi er bekymrede for, at denne situation vil føre til øget ensomhed og større forekomst af depression og delir, der er velkendte komplikationer til stroke. Den manglende rehabilitering vil med stor sandsynlighed medføre funktionstab og ligeledes en øget forekomst af fald og genindlæggelser.

Sammenfatning og anbefalinger:



- Vi ser et billede i forhold til stroke, hvor antallet af personer med milde symptomer som henvender sig er faldet, men ikke antallet af personer med sværere symptomer. Hvis dette er udtryk for at flere i den aktuelle situation har fravalgt at søge hjælp, vil vi se en stigende incidens af stroke i den kommende tid på grund af manglende sekundær profylakse.
- Fokus på faglighed og organisation ved akut stroke behandling skal opretholdes, så behandling ikke fravælges på baggrund af mistanke om COVID-19 infektion.
- Myndighederne bør sikre, at borgerne er orienterede om vigtigheden ved at ringe 112 ved tegn på stroke også under COVID-19 pandemien
- Der er tiltagende dokumentation for at COVID-19 kan fremkalde koagulopati og måske også stroke; der er behov for særlige forholdsregler i forhold til speciel forebyggelse af venøs tromboemboli hos især immobile personer med COVID19 infektion eller uafklaret smittestatus.
- Personer med tidligere stroke eller TCI har en højere risiko for et alvorligt COVID-19 forløb og har dermed behov for særlig beskyttelse.
- Der skal foretages individuel risikovurdering, både i forhold til alder og kardiovaskulær komorbiditet.
- Der er et akut behov for, at kommunal rehabilitering kommer i gang igen. Opstarten skal ske med behørig hensyntagen til sundhedsfaglige anbefalinger gennem tilpasning af tilbud, men en høj og ensartet kvalitet sikres.
- Patientinddragelse i alle led af behandling og rehabilitering kan medvirke til at begrænse patientens eventuelle ubegrundede angst for smitte.

Stroke er fortsat den hyppigste årsag til handicap i voksenalderen og en af de hyppigste dødsårsager i Danmark. Selv mindre forskydninger i kvaliteten af den samlede indsats vil have stor samfundsmæssig betydning, foruden store menneskelige omkostninger for de berørte. Vi er nødt til at tænke fremad for at undgå at følgevirkningerne af stroke ikke bliver endnu større efter COVID-19 pandemien end før.

Dokumentet vil blive løbende opdateret.

På vegne af Dansk Selskab for Apopleksi

Hanne Christensen, professor, overlæge, dr.med.
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Chair of Implementation Committee: Action Plan for Stroke in Europe.

Helle Klingenberg Iversen, klinisk lektor, overlæge, dr.med.
Rigshospitalet
Formand for Dansk Selskab for Apopleksi.

Bestyrelsen i Dansk Selskab for Apopleksi:

Birgitte Hede Ebbesen, udviklingsansvarlig fysioterapeut, cand. scient KVT
Aalborg universitetshospital

Birgitte Hysse Forchhammer, cand. psych., PhD.
Direktør i Hjernesagen

Sidsel Garn Hastrup, læge, PhD.
Aarhus Universitetshospital.

Lene Yde-Andersen Koldborg, afdelingssygeplejerske
Rigshospitalet.

Christina Kruuse, professor, overlæge, dr.med.
Herlev Gentofte Hospital.

Lone L. Mathiesen, klinisk sygeplejespecialist, MPH
Rigshospitalet.

Peter Vögele, Udviklingsergoterapeut.
Rigshospitalet.

Troels Wienecke, klinisk forskningslektor, overlæge, PhD.
Sjællands Universitetshospital, Roskilde.

Referencer

1. <http://copsy.dk/cosmo/results.html>
2. <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/stroke-care-and-the-covid19-pandemic>
3. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1747493020923472>
4. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2009787>
5. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2007575>
6. Dansk Apopleksiregister 2018-rapport. www.sundhed.dk
7. Link til sundhedsstyrelsens vejledning der er under udarbejdelse
8. <https://www.cardio.dk/covid-19-position-statement-regarding-ace-i-and-arb> (28.04.2020)
9. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.17.20037572v1>
10. Aggarwal G et al. Cerebrovascular disease is associated with an increased disease severity in patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A pooled analysis of published literature. *Int J Stroke*. 2020 Apr 20:1747493020921664. doi: 10.1177/1747493020921664.
11. <https://www.isth.org/news/502730/ISTH-Endorses-Latest-Guidance-for-Management-of-COVID-19-and-Thrombotic-Disease.htm>
12. <https://www.dsth.dk/pdf/COVID-19-retningslinje-web.pdf>
13. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000069>
14. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/strokeaha.116.015332>



15. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.120.030023>
16. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000197.pub4/full>