

Trombektomi upp till 24 timmar efter stroke

Frågeställning

Skall Region Skåne erbjuda trombektomi som behandling för patienter med akut ischemisk stroke om de varit i sitt habitualtillstånd inom tidsintervallet 6 till 24 timmar tidigare?

Metod- och prioriteringsrådets ställningstagande

Region Skånes metod- och prioriteringsråd rekommenderar att Region Skåne förlänger tidsfönstret för trombektomi vid akut ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl, och räddningsbar hjärnvävnad, från tidigare max 6 timmar till 24 timmar efter insjuknandet.

Priograd: 2

Motivering

Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är mycket stor och att åtgärden har mycket stor effekt på funktionsnedsättning även om effekt på överlevnad inte visats. Det vetenskapliga underlaget för effekten avser personer där ocklusion och bevarad räddningsbar hjärnvävnad är verifierad med datortomografiska undersökningar.

Den hälsoekonomiska analysen visar att trombektomi vid ett utökat tidsfönster förväntas bli kostnadsbesparande i ett samhällsekonomiskt perspektiv och ökar patientnyttan mätt i vunna kvalitetsjusterade levnadsår. Kostnadsminskningar i den kommunala omsorgen beräknas bli större än kostnadsökningar inom hälso- och sjukvården.

Ett införande av åtgärden förbättrar möjligheterna till jämlik vård för personer med akut ischemisk stroke och ocklusion i hjärnans främre kärl genom att det förlängda tidsfönstret breddar tillgången till åtgärden. Tidigare hinder för tillgång såsom geografiskt avstånd och att strokelarm kommer sent för ensamboende reduceras. I det korta perspektivet kan ett införande av åtgärden medföra risk för undanträngning i delar av vårdkedjan. Detta eftersom åtgärden förutsätter strukturerad identifiering med datortomografi och omedelbara ambulanstransporter till regionalt strokecentrum från övriga primärsjukhus.

Länk till HTA-rapport: [Trombektomi 6 till 24 timmar efter stroke](#)

Rangordning enligt nationella modellen för öppna prioriteringar. Åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhet och 10 lägst.

Hälsotillstånd	Åtgärd	Jämförelsealternativ	Hälsotillståndets svårighetsgrad	Åtgärdens effekt/patientnytta	Kostnad i relation till patientnytta	Kvalitet i kunskapsunderlagen	Rangordning/priograd
Akut ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre kärl, och räddningsbar hjärnvävnad, 6-24 h efter insjuknande	Trombektomi	Nuvarande standardbehandling	Mycket stor	Mycket stor	Låg till måttlig kostnad per vunnen QALY	Måttlig	2

Sammanfattning och aktuellt kunskapsläge

Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken hos vuxna i Sverige. Medelåldern för insjuknande är 75 år, men 20% av de drabbade är under 65 år. Stroke är den sjukdom som kräver flest vård dagar inom den somatiska vården och beräknas i Sverige kosta samhället 18 miljarder kronor per år.

Cirka 85% av alla strokefall orsakas av blodpropp som leder till hjärninfarkt (akut ischemisk stroke). I 15% av alla strokefallen är orsaken blödning från något av hjärnans kärl.

Akutsjukvården vid stroke har utvecklats positivt under de senaste decennierna genom diagnostik och nya behandlingar. Exempel är vård på strokeenhet, intravenös trombolysbehandling inom 4,5 timmar och trombektomi inom 6 timmar efter uppskattad tidpunkt för insjuknande.

Pågående hjärnskada vid akut ischemisk stroke kan objektivt mätas och värderas genom tillägg av perfusionsundersökning till den akuta bild- och funktionsdiagnostiken. Perfusionsdata används för värdering av om det finns hjärnvävnad som är potentiellt räddningsbar.

HTA Skåne har sammanställt en rapport som fokuserar på frågan om trombektomi 6-24 timmar efter akut ischemisk stroke kan leda till ett bättre kliniskt utfall än nuvarande standardbehandling.

Analysen av det vetenskapliga underlaget för patientnytta visar:

- att 320 fler per 1 000 patienter uppnår "oberoende" inom 90 dagar, jämfört med de som får standardbehandling. Spridning: [från 230 till 410 fler uppnår oberoende]. Oberoende innebär att patienterna klarar sig helt själva i allmän daglig livsföring (ADL).

Evidensstyrka enligt GRADE (⊕⊕⊕⊖)

Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet

- att 50 färre per 1 000 patienter avlider inom 90 dagar. Spridning: [från 130 färre till 30 fler avlider]

Evidensstyrka enligt GRADE (⊕⊕⊖⊖)

Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet

Om behandlingen införs i Region Skåne och Södra sjukvårdsregionen kommer hela vårdkedjan för stroke att påverkas. Fler patienter och ökade krav på tillgänglighet förutsätter att alla aktörer i kedjan samarbetar med att optimera transportlogistik, diagnostik, behandling och eftervård. Merkostnaden för hälso- och sjukvården beräknas till cirka 17 miljoner kronor per år.

Kommunal omsorg förväntas få en kostnadsminskning på 26 till 38 miljoner kronor för patientgruppen vid en livstidsuppföljning.

Den hälsoekonomiska analysen visar att trombeaktomi vid ett utökat tidsfönster förväntas bli kostnadsbesparande i ett samhällsekonomiskt perspektiv och ökar patientnyttan mätt i vunna kvalitetsjusterade levnadsår. Kostnadsminskningar i den kommunala omsorgen beräknas bli större än kostnadsökningar inom hälso- och sjukvården. Resultaten förväntas, med undantag för ambulanskostnaderna, vara överförbara till andra delar av landet.

Konsekvensanalys för Region Skåne/Södra sjukvårdsregionen

Om behandlingen införs i Region Skåne/Södra sjukvårdsregionen ställs ökade krav på tillgänglighet genom optimering av transportlogistik, diagnostik, behandling och eftervård. Det är väsentligt att berörda delar i vårdkedjan granskar förutsättningarna i syfte att identifiera behov av kompetensutveckling, nyrekrytering och förstärkning av personella resurser.

Merkostnaden för hälso- och sjukvården i Region Skåne för strukturerad identifiering av personer med akut ischemisk stroke i tidsfönstret 6-24 timmar som är aktuella för trombeaktomi och genomförande av 70-100 ingrepp beräknas till cirka 17 miljoner kronor per år.

Datum: 2019-11-04



Ingemar Petersson
Ordförande