

BAKGRUNDSINFORMATION REK-LISTA NEUROLOGI REGION KALMAR 2025

1. MIGRÄN

Svenska Huvudvärkssällskapet har utformat ett enkelt och lättanvänt dokument för den vård som primärt ska erbjudas patienter som söker för migrän i ett första steg i vårdkedjan och när man ska remitteras vidare, se dokumentet: http://huvudvarkssallskapet.se/wp-content/uploads/2019/10/fil_45.pdf

Migrän kan utlösas/förvärras av oregelbundna måltider, för lite eller för mycket sömn, alkoholkonsumtion, östrogeninnehållande preventivmedel, stressfaktorer och överkonsumtion av analgetika (i synnerhet kodein) eller triptaner. Regelbunden fysisk aktivitet kan förebygga migrän. Basen i all migränbehandling är att undvika individuellt uppenbara migränframkallande faktorer, s.k. triggers. Att tidigt inta anfallsförebyggande behandling följt av en stunds vila eller sömn i ett tyst, svalt och mörkt rum rekommenderas. Viktigt att patienten kontinuerligt för huvudvärksdagbok för att finna mönster av utlösande faktorer för migränen, för att följa analgetikakonsumtionen samt för att kunna följa upp och utvärdera eventuella förebyggande behandlingsinsatser.

Anfallskuperande behandling

Läkemedel bör tas tidigt efter migränhuvudvärkens start.

Förstahandsval är en receptfri dos av något av följande alternativ: paracetamol, ASA, ibuprofen eller naproxen. Om inte en enskild dos av ett preparat har anfallsbrytande effekt kan man prova att kombinera ibuprofen eller naproxen med paracetamol och/eller ASA. Som andrahandsval rekommenderas till vuxna generiskt sumatriptan i tablettform. Om detta inte fungerar är övriga triptaner förmånsberättigade. Triptaner kan också kombineras med samtidigt intag av paracetamol, ASA, ibuprofen eller naproxen för eventuell bättre effekt. För att utvärdera om ett anfallskuperande läkemedel haft effekt eller ej bör det prövas vid minst 3 migränanfall. Begränsa intag av triptaner till max 2 doser per dygn, 2 doser per vecka och 8 doser/månad för att undvika risk för triptanutlöst huvudvärk.

Mot svårt illamående/kräkningar rekommenderas tablett metoklopramid 10 mg vb, max 3 ggr/d under 1-2 dagar eller tablett ondansetron 4 mg vb max 3 ggr/d.

Kvinnor som har migrän med aura bör inte förskrivas östrogeninnehållande preventivmedel eftersom risken för stroke då ökar, i synnerhet för rökare.

Anfallsförebyggande behandling

Överväg anfallsförebyggande behandling vid tre eller fler behandlingskrävande migränanfall per månad eller om anfallen kommer glesare men är långdragna och/eller invalidiserande, speciellt om

anfallsbehandling har dålig effekt. Den anfallsförebyggande effekten för rekommenderade alternativ är väsentligen likvärdig men kan variera från individ till individ. Kontraindikationer och biverkningsprofil skiljer sig åt mellan preparaten och individuella faktorer blir avgörande för i vilken ordning den förebyggande behandlingen ska prövas. Behandlingen bör utvärderas efter 3–6 månader och avslutas om den inte gett en kliniskt väsentlig förbättring.

Metoprolol (depottablett): Dosen bör titreras upp och utvärderas över tid. Rekommenderad dos 25-200 mg x 1.

Kandesartan: Börja med 4–8 mg x 1 och titrera upp med 4 mg med 2 veckors mellanrum. Rekommenderad dos är 16 mg x 1. Är lättare att kombinera med konditionsträning än metoprolol då pulsen inte går ner. .

Amitriptylin: Börja med 10 mg till natten, öka långsamt med 5-10 mg/vecka. Rekommenderad dos är 25-30 mg. Bör undvikas till äldre pga risk för antikolinerga biverkningar.

Topiramet: Långsam upptrappning från 25 mg x 1 dagligen upp till måldos 100 mg/dag. Se upptrappning i FASS. Kontraindicerat till gravida.

Kronisk migrän definieras som >15 huvudvärksdagar per månad, varav minst 8 dagar med typisk migränhuvudvärk (med eller utan aura), under minst 3 månader. Remiss till neurolog om 2 anfallsförebyggande behandlingar i adekvata doser under minst 2 månader ej har givit tydlig lindring eller fått avslutas pga biverkningar. För kronisk migrän finns behandlingsalternativ i form av botulinumtoxin, monoklonala antikroppar mot calcitonin gene-related peptide (CGRP) och CGRP-antagonister.

2. STROKE/TIA

Vid misstanke om akut stroke eller TIA ska undersökning och utredning ske akut på sjukhus. Ju tidigare behandling, t.ex. trombolys och/eller trombektomi, desto bättre effekt. Om villkoren för trombolysbehandling är uppfyllda ska den ges inom 4,5 timmar efter symtomdebut. Tidsgränsen kan utsträckas i selekterade fall och efter utvidgad neuroradiologisk utredning. Trombektomi kan vara effektivt upp till 24 timmar efter symtomdebut eller vid okänd insjuknandetidpunkt. Det är viktigt att patienten kommer till akutsjukvård snarast, även om insjuknandetid är okänd.

- Vid varje insjuknande ska riskfaktorer bedömas och åtgärdas.
- Blodtryckssänkande behandling är indicerad efter stroke och TIA (utom vid hypotoni).
- Statinbehandling rekommenderas efter ischemisk stroke eller TIA eftersom det minskar risken att insjukna i kardiovaskulär sjukdom eller att återinsjukna i stroke. Behandla med atorvastatin 80 mg/dag. Målvärde LDL <1,8 mmol/L. Överväg tillägg ezetimib 10 mg/dag om önskvärd nivå inte nås inom 3 månader från behandlingsstart.

- För trombocythämning efter **akut icke-embolisk ischemisk stroke med NIHSS* ≤3p eller högrisk TIA (ABCD2** ≥4p)** rekommenderas behandling med dubbel trombocythämning i form av kombination acetylsalicylsyra 75 mg x 1 och klopido­grel 75 mg x 1 under tre veckor (specialistvård) efter det akuta insjuknandet. Därefter monoterapi med antingen acetylsalicylsyra 75 mg x 1 eller klopido­grel 75 mg x 1.
- För trombocythämning efter **akut icke-embolisk ischemisk stroke med NIHSS* >3 eller lågrisk-TIA (ABCD2** <4)** rekommenderas (specialistvård) monoterapi med antingen acetylsalicylsyra 75 mg x 1 eller klopido­grel 75 mg x 1.
- Vid förmaksflimmer ska alltid antikoagulantia övervägas.

***NIHSS** = National Institutes of Health Stroke Scale

****ABCD2 score är summan av:**

- ålder (1 poäng om ≥60 år),
- blodtryck (1 poäng om systoliskt ≥140 eller diastoliskt ≥ 90 mmHg),
- TIA-symtom (2 poäng vid unilateral pares, 1 poäng vid dysfasi utan pares),
- TIA-duration (2 poäng ≥60 min, 1 poäng 10–59 min)
- och diabetes mellitus (1 poäng).

Behandling med blodtryckssänkande läkemedel, statiner och trombocythämmare är vanligen livslång eftersom syftet är att minska den kardiovaskulära risken. Vid förmaksflimmer ska alltid antikoagulantibehandling övervägas. Det är också viktigt med god metabol kontroll avseende BMI, bukfetma och blodsocker. Alla patienter med stroke/TIA ska uppmuntras till livsstilsförändringar som rökstopp, minskad alkoholkonsumtion, ökad fysisk aktivitet och vid behov vikt­nedgång.

Se Nationella riktlinjer för vård vid stroke, Socialstyrelsen.se.

3. EPILEPSI

Diagnos av epilepsi och nyinsättning av behandling ska ske inom specialistvården och då ofta av neurolog. Som regel ges en person diagnosen epilepsi efter två oprovocerade anfall. Det första anfallet är en engångsföre­teelse i cirka 60 % av fallen. Däremot riskerar över 70 % som haft två oprovocerade anfall att drabbas av ytterligare anfall. Epilepsi hos fertila kvinnor är en specialistangelägenhet på grund av risk för fosterskador av den farmakologiska behandlingen.

Vuxna patienter med god anfallskontroll sedan > 5 år och med välfungerande behandling med endast ett antiepileptiskt preparat kan i dialog med

primärvårdsläkare i vissa fall utremitteras till primärvården för fortsatt uppföljning och receptförskrivning. Dessa patienter från primärvården ska inte förskrivas recept på anfallsbrytande behandling med klysma Stesolid (diazepam) eller Buccolam (midazolam) munhålelösning för säkerhets skull eftersom de ska vara anfallsfria om de ska följas i primärvården. Rekommenderas kontroll av blodstatus och leverfunktionsprover vartannat år och vid anfallsrecidiv ska patienten omgående återknytas till specialistmottagning för fortsatt uppföljning. Lämpligen sker detta via telefonkontakt med neurologkonsult på det sjukhus patienten tillhör. Patienter med epilepsi ska informeras om att risken för anfall kan öka vid otillräcklig sömn, intag av alkohol och andra droger samt vid bristande följsamhet till läkemedelsbehandlingen.

Behandling inleds med ett antiepileptiskt läkemedel i monoterapi, som provas ut i lägsta effektiva dos. Målet med behandlingen är att uppnå anfallsfrihet utan besvärande biverkningar. Behandling av epilepsi behöver individualiseras avseende läkemedelsval, dos och behandlingstidens längd. Val av läkemedel styrs av anfallstyp, epilepsisyndrom och etiologi. Av stor betydelse är också samsjuklighet, ålder, kön (preventivmedel, graviditet) och annan medicinering.

Fokala anfall med eller utan bilaterala tonisk kloniska anfall

Lamotrigin, levetiracetam eller karbamazepin är förstahandsmedel vid fokala anfall. En nackdel med karbamazepin är dess benägenhet att ge upphov till läkemedelsinteraktioner. Karbamazepin i retardform ger en jämnare läkemedelskoncentration vilket innebär att det tolereras bättre. Till äldre patienter rekommenderas lamotrigin eller levetiracetam som förstahandsval, men även gabapentin kan övervägas.

Generaliserade anfall – tonisk-kloniska anfall, myoklonier, absenser

Lamotrigin, levetiracetam eller valproat är förstahandsmedel vid generaliserade anfall. Valproat bör inte ges till kvinnor i fertil ålder på grund av risk för fosterskador.

Akut anfallsbrytande behandling

Diazepam intravenöst, lorazepam intravenöst och midazolam intramuskulärt är effektiva vid tidigt status epilepticus och har likställd effekt.

Vid akutbehandling av anfall utanför sjukhus ges behandling rektalt med diazepam eller buckalt med midazolam.

Se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer från 2019.

Vid restsituation av ett preparat får byte ske till generiskt preparat med samma beredningsform.

4. TRIGEMINUSNEURALGI

Intensiva, lättutlösta och kortvariga halvsidiga smärtattacker inom trigeminusinnerverat område, oftast lokaliserade till överkäke (gren 2) eller

underkäke (gren 3). Smärtattacker kan utlösas av beröring, rakning, tandborstning eller intag av mat/dryck. Ibland kan det räcka att det blåser mot ansiktet på den smärtsamma sidan för att en attack ska utlösas. Vid debut före 50 års ålder, atypiska symtom, bortfall i kranialnervsstatus eller otillräcklig behandlingseffekt ska neurolog kontaktas för vidare utredning och behandling.

I första hand rekommenderas behandling med karbamazepin i retardform. Startdos 100-200 mg x2, dosökning med 100-200 mg var 5:e dag tills smärtlindrande effekt. I regel fås effekt vid 600-800 mg/dygn, undantagsvis upp till 1200 mg. Risk för hyponatremi varför elektrolytstatus bör kontrolleras innan behandlingsstart samt vid höga doser. Hög risk för läkemedelsinteraktioner och därmed mindre lämpligt hos äldre.

I andra hand rekommenderas gabapentin. Startdos 100-300 mg x 3 med dosökning med 100-300 mg varje vecka upp till maximalt 600-900 mg x 3 (1800-2700 mg/d) Lägre dosintervallet hos äldre. Viktigt att uppmärksamma att det föreligger risk för missbruk vid behandling med gabapentin och ökad vaksamhet gällande detta är indicerat.

Vid smärtfrihet rekommenderas att pat kvarstannar på oförändrad dos av aktuellt läkemedel i 3 månader innan utsättningsförsök göres. Om recidiv av smärta sker under nedtrappning ska dosen ökas till smärtfrihet åter inträder och man bör därefter avvakta i ytterligare 2-3 månader innan nytt utsättningsförsök genomförs.

Vid otillräcklig behandlingseffekt ska snar kontakt tas med neurolog för fortsatta behandlingsinsatser. Vid svåra besvär som gör att patienten inte kan äta eller dricka ska patienten skickas akut till sjukhus. Då kan det vara aktuellt med intravenös behandling med antiepileptika och om detta inte har effekt kan även remiss till neurokirurgisk klinik vara aktuellt för subakut behandling med glycerolblockad eller ballongkompression av trigeminusgangliet.

5. ESSENTIELL TREMOR (ET)

Typiskt ses långsamt tilltagande bilateral aktivitetsutlöst skakning i händer/armar med symptomutveckling över minst tre år. Skakningen minskar vid muskelavslappning. Ca 50 % av patienterna förbättras tillfälligt av alkohol. Läkemedelsutlöst tremor och hos yngre förstärkt fysiologisk tremor kan ofta misstolkas som essentiell tremor. Överväg annan diagnos vid uttalad sidoskillnad, tydlig vilotremor, förekomst av bradykinesi (parkinsonism?) eller onormal kroppshållning (dystoni?).

Eliminera förvärrande faktorer före insättning av läkemedel som t.ex. stress, kyla, anspänning, sömnbrist, oro, muskulär uttröttnings, kaffe, te och nikotin. Många läkemedel har tremor som biverkan.

Funktionshinderande symtom behandlas i första hand med propranolol vilket har bäst dokumenterad effekt vid ET. Ska ej ges till pat med astma. Ibland kan det räcka med 10-20 mg propranolol vid behov. Vid kontinuerlig behandling krävs oftast dygnsdoser på 80-240 mg (tablett 40 mg, 1-2 x 2-3). Det finns även depotberedning som kan skrivas på licens och som har bättre effekt än kortverkande beredning. Observera att licens kan skrivas av alla legitimerade läkare via E-hälsomyndighetens e-tjänst KLAS.

Läkemedelsbehandling kan i bästa fall reducera skakningarna med 50 %.

Biverkningar i form av trötthet, muskelsvaghet, bradykardi, andfåddhet, bronchospasm, yrsel, sexuell dysfunktion, Raynauds fenomen, perifer kyla, mardrömmar, sömnstörningar. Vid kvarstående ADL-hinderande tremor eller diagnostisk osäkerhet, kontakta neurolog.

För övriga behandlingsråd, se [SWEMODIS](#) rekommendationer.

6. PARKINSONS SJUKDOM

Diagnostisering av Parkinsons sjukdom och nyinsättning av behandling ska ske inom specialistvård. Karaktäristiska debutsymtom är ensidig bradykinesi/hypokinesi (förlångsammade och förminskade rörelser) och rigiditet eller vilotremor. Vid misstanke om Parkinsons sjukdom ska patienten remitteras till neurolog eller geriatriker. Icke-motoriska symtom som ångest, depression, obstipation, miktionsstörning, ortostatism, hallucinationer och kognitiv svikt är vanliga hos Parkinsonpatienter. Vid snabb försämring av Parkinsonsymtom eller plötsligt påkomna hallucinationer/förvirring ska akuta somatiska sjukdomar och bristande följsamhet till behandling uteslutas.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer har behandling med levodopa högst prioritet. Hos äldre patienter ≥ 60 år är detta oftast förstahandsval vid start av behandling. Behandling med MAO-B-hämmare eller dopaminagonister har något lägre prioritet, men kan hos yngre patienter < 60 år vara alternativa förstahandsval. Om patienten trots optimal behandling med levodopa uppvisar motoriska komplikationer kan tilläggsbehandling med MAO-B-hämmare, dopaminagonister eller COMT-hämmare vara aktuellt.

Vid samtidig järnsubstitution ges järntabletter till natten eftersom upptaget av levodopa hämmas signifikant av järn. Utveckling av ortostatism kan kräva att blodtryckssänkande behandling omvärderas och eventuella blodtryckssänkare bör ges till natten. Vid behov av neuroleptika ska endast låg dos av kvetiapin eller klopazepam användas.

B-vitaminstatus (S-MMA, P-homocystein, S-kobalamin, S-folat) och blodstatus bör kontrolleras före insättning av levodopa eftersom levodopabehandling kan leda till ett ökat behov av vitamin B6 och B12, folsyra och förhöjda nivåer av P-homocystein. P-homocystein bör sedan kontrolleras årligen. Vid förhöjt P-homocystein bör detta utredas och vid påvisad B-vitaminbrist bör substitutionsbehandling sättas in.

Vid utveckling av demens vid Parkinsons sjukdom är den viktigaste behandlingen i första hand justering av den dopaminriktade läkemedelsbehandlingen för att undvika förvirring som kan bero på läkemedlen, och samtidigt behålla så god effekt som möjligt på övriga Parkinsonsymtom. Om detta är otillräckligt kan behandling med acetylkolinesterashämmare (donepezil) prövas.

Depression är ett icke-motoriskt symtom som drabbar 30–50 procent av patienterna med Parkinsons sjukdom och som starkt bidrar till försämrad livskvalitet. Bäst dokumenterad effekt har SNRI i form av venlafaxin men även mirtazapin kan ha god effekt.

Patienter med Parkinsons sjukdom bör rekommenderas regelbunden fysisk aktivitet, gång och balansträning för att förbättra motoriska symtom, gånghastighet och balans, öka muskelstyrka och gångsträcka samt minska risken för fall.

Se Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom; Socialstyrelsen.se samt behandlingsrekommendationer från SWEMODIS.

7. RESTLESS LEGS

RLS kan drabba både barn och vuxna. Uteslut förvärrande faktorer innan läkemedelsbehandling sätts in. Symtomen kan förvärras av vissa läkemedel (t.ex. antidepressiva, neuroleptika, antihistaminer), järnbrist, alkohol, nikotin eller koffein.

I första hand icke-farmakologisk behandling; duscha benen kallt, stretcha eller massera benen före sänggåendet, fysisk träning och "sömnhygien", undvika sömnbrist. Kompressionsstrumpor vid tecken till venös insufficiens. Överväg järnbehandling om S-ferritin <75 µg/l eller transferrinmättnad <45 procent.

Om endast intermittenta besvär sällan eller besvär enbart i speciella situationer (t.ex. teaterbesök) behandla med levodopa 50–100 mg vb.

Vid besvär ≤ 2 dagar/vecka rekommenderas vidbehovsbehandling till kvällen med låg dos pramipexol (0,088-0,35 mg).

Vid besvär > 2 dagar/vecka som försvårar nattsömn och funktionen dagtid rekommenderas i första hand daglig kvälldos av pramipexol (0,18-0,35 mg) med observans på augmentation och biverkningar. Följ upp avseende effekt och biverkningar och var försiktig med dosökningar.

Levodopa: 50-100 mg vb högst 2 kvällar/vecka

Gabapentin: Vid smärtsam RLS, augmentation eller hög risk för dopaminutlöst impulsivitet kan gabapentin användas. Startdos 100-300 mg 2 tim före sänggåendet. Maxdos 2400 mg per dygn. Om man behöver mer än 1200 mg/dygn så kan 1/3 av dosen ges på eftermiddagen och 2/3 till kvällen:

Vid behandling med Gabapentin måste risk för missbruk beaktas och ökad vaksamhet för detta är indicerat.

Pramipexol: 0,18 - 0,35 mg till kvällen. Behövs högre dos ska kontakt tas med neurolog. Risk för augmentation med försämring av symtomen vid högre doser. Risk även för ofrivilliga insomnanden och impulskontrollstörning.

Se behandlingsråd för restless legs hos vuxna på janusinfo.se.