

Steroider vid akuta MS-skov

Rutinen gäller för

Neurologen

Syfte

Steroidbehandling av MS skov och andra autoimmuna tillstånd.

Ansvar

Verksamhetsöverläkaren tillsammans med vårdenhetsöverläkaren och vårdenhetschefen är ansvarig för att rutinen är känd och följs.

Bakgrund

Vid MS kallas episoder med snabb försämring av symtomatologin för skov. Beroende på var MS lesionerna är lokaliserade i CNS, till exempel synnervsinflammationer (s.k. optikusneurit), ryggmärgsskov (myelit), hjärnstamsskov eller centrala hemisfärskov, kan den kliniska bilden variera stort. Symtombilden varar minst 1–2 dygn och bedöms inte utgöras av ett s.k. pseudoskov, dvs symtom som fanns vid tidigare skov och som kan förklaras av andra orsaker t.ex. infektion och feber. Vid akuta skov kan MRI med kontrast i regel påvisa nytillkomna lesioner som laddar kontrast som tecken på barriärskada. Symtomen vid MS-skov utvecklar sig vanligtvis under timmar-dagar till skillnad från symtomutvecklingen vid stroke som oftast sker urakut. Skov med påtaglig funktionspåverkan bör alltid behandlas och även svåra debutskov kan behandlas trots att MS diagnos ej har ställts. Även skov vid progressiv MS med pålagrade skov kan behandlas. Steroidbehandling förkortar tid till remission men det saknas övertygande bevis för att både sequele av skov och risken för ytterligare skov minskas. Det finns inga säkra skillnader i effekt mellan behandling med högdos steroider intravenöst och peroralt. Av praktiska skäl kan behandlingen ges som oral tablettbehandling i öppenvård i de flesta fall. Vid intravenös behandling med Solu-Medrol sker denna via infusionsdagsvården på neurologimottagningen eller på avdelning 53-54 framför allt jourtid men även om tillståndet kräver slutenvård. Skovets svårighetsgrad avgör var behandlingen skall ges.

Oral steroidbehandling i öppenvård

- Prednison ges i form av tablett Prednison Galen 50 mg. Detta är inte ett godkänt läkemedel, men finns på kliniklicens som rekvisitionsläkemedel på MS-mottagningen. Patienten kan få detta läkemedel via mottagningen när den är öppen

(kontorstid). 20 tabletter (1000 mg) tas som engångsdos (helst på morgonen) 3 dagar i följd. Kontakta sjuksköterska på mottagningen.

- Överväg att även ge profylax mot gastrointestinal biverkan med protonpumpshämmare.

Poliklinisk intravenös steroidbehandling med Metylprednisolon (Solumedrol):

- Solu-Medrol 1000 mg ges intravenöst 3-5 dagar. Infusionshastighet ca 30 minuter.
- Beredning: 1g sätts till 250 ml natriumklorid 9 mg/ml. Lösningen är stabil under 6–12 timmar.
- Kontakta sjuksköterska på infusionsdagvården eller sjuksköterska på avdelningen om behovet uppstår jourtid.
- Överväg att sätta in profylaktisk behandling mot gastrointestinal biverkan med protonpumpshämmare.

Kontraindikationer:

Svår hjärtsjukdom. Aktiv gastrit-ulcussjukdom. Depression eller annan svår psykiatrisk sjukdom. Infektion. Tecken på grav lever- eller njursjukdom eller andra grava avvikelser i lab-prover.

Försiktighet vid tidigare sjukhistoria på gastrit-ulcussjukdom, dyspepsi, depression eller annan psykiatrisk sjukdom. Diabetes Mellitus. Graviditet och amning. Alkohol eller annat drogmissbruk. Hypertoni. Lätt-moderat hjärtsjukdom.

Graviditet och amning: Passagen av kortikosteroider över placenta är låg varför skovbehandling kan övervägas även under graviditet. Observera dock att en liten riskökning för läpp-gomspalt kan finnas vid behandling före graviditetsvecka 12. Vid amning kan mjölken pumpas under behandlingsdygnet.

Utredning:

1. **Uteslut pseudoskov:** Infektion? Andra omständigheter som kan orsaka accentuerad symtomatologi?
2. **Kliniska kontroller:** Temp, BT, puls
3. **Åkut provtagning inför högdos metylprednisolon i.v. eller prednison p.o.:** Hb, lpk, tpk, diff, CRP, SR, Urinsticka, B-glukos, U-glukos, Na, K, Ca, Kreatinin, ASAT, ALAT, ALP, Bilirubin.
4. **EKG?** EKG inför första behandlingen och vid misstänkt eller känd hjärtsjukdom och/eller vid ålder >60 år (se nedan). Om EKG är ua., kontroll enbart vid behov därefter.
5. **Kontrollera neurostatus:** Ange EDSS i journalen

6. **Dokumentera skov i MS registret** (www.msreg.net). Saknas behörighet informeras MS sjuksköterska/neurolog för dokumentation.
7. **Överväg om subakut MR bör göras.** MR är oftast inte nödvändigt för att ställa diagnosen MS skov, men kan vara av värde inför ett ställningstagande till ändrad MS-behandling.

Vid misstänkt eller känd hjärtsjukdom och/eller vid ålder >60 år.

- Dag 1: Vikt innan behandling, EKG 4–8 timmar efter behandling
- Dag 2: Vikt, ASAT, ALAT, B-glukos, U-glukos, Na, K, Ca, Kreatinin.
- Dag 2-4 efter avslutad behandling: Vikt, ASAT, ALAT, B-glukos, U-glukos, Na, K, Ca, Kreatinin.

Biverkningar: Gastrit-ulcus (låg risk), psykiatriska besvär (eufori, insomni, dysfori, ångest, depression, psykos), aseptisk bennekros, ökad infektionsrisk, perifera ödem, hjärtarytmier och hjärtsvikt, tromboembolism.

Uppföljning av skov: Patienterna följs upp med telefonavstämning med sjuksköterska 4 veckor efter behandling. Journalkopia med information om utfallet går till PAL och för fortsatt planering.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neurologi-stroke

Innehållsansvar: Peter Vaghfeldt, (petva3), Överläkare

Granskad av: Peter Vaghfeldt, (petva3), Överläkare

Godkänd av: Peter Puhlmann, (petpu1), Enhetschef

Dokument-ID: NU10118-83671035-74

Version: 1.0

Giltig från: 2025-06-25

Giltig till: 2027-06-25