

Kardiovaskulär riskvärdering vid första epileptiskt anfall efter 50

Förändringar sedan föregående version

Första revision

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Innehållsförteckning	1
Syfte	1
Bakgrund	1
Utförande.....	2
Uppföljning.....	6
Källförteckning	6

Syfte

Att förebygga hjärt-kärlhändelser bland personer som aktualiseras vid neurologmottagning eller neurologavdelning för ett första oprovocerat epileptiskt anfall efter 50 års ålder.

Bakgrund

Epileptiska anfall med sen debut är kopplade till ökad vaskulär risk, både för stroke och andra hjärt-kärlhändelser. Småkärlssjuka, hypertoni, diabetes mellitus och olika hjärtsjukdomar är överrepresenterade bland personer med epilepsi. Möjliga åtgärder för

att minska risken för hjärt-kärlsjukdom inkluderar livsstilsförändringar, farmakologisk behandling av riskfaktorer samt individualiserat val av epilepsibehandling.

Utförande

Kardiovaskulär riskvärdering sker i enlighet med [europeiska kardiologföreningens rekommendationer](#) med stöd av etablerade riskskattningsverktyg (t.ex. SCORE2). Avsteg från denna rutin kan göras utifrån individuell klinisk bedömning, till exempel vid omfattande samsjuklighet/begränsad förväntad livslängd, där nyttan av ytterligare behandling bedöms låg.



För en person med ett första oprovocerat epileptiskt anfall efter 50 års ålder ska neurologen:

1. **Identifiera kardiovaskulära riskfaktorer och samsjuklighet.** Fråga om/dokumentera:

- Känd aterosklerotisk sjukdom (dvs. sekundärprevention)
- Förmaksflimmer
- Hjärtsvikt
- Diabetes mellitus
- Hypertoni
- Kronisk njursjukdom
- Ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom (förstegradssläkting <60 år)
- Livsstilsfaktorer (rökning, fysisk inaktivitet)

2. **Komplettera undersökning/provtagning** (om ej gjort senaste 3 mån, t.ex. på akuten):

- BMI (vikt, längd)

- Midjemått
- EKG
- Blodtryck (vid misstänkt ortostatism även ståendes)
- Blodprover/urinprov; Totalt kolesterol, HDL-kolesterol. LDL-kolesterol, triglycerider, HbA1c, S-kreatinin + eGFR, U-albumin/kreatinin-kvot (kan tas när som helst under dagen, men är något mer tillförlitligt i morgonurin)

Provtagningsinstruktioner:

Välj paket "NEU EPanfall50+" i Labbest/NEU05 Grupper (fliken Lab. ord). Vid poliklinisk bedömning kan blodprover och urinprov lämnas via provtagningscentralen. Eftersom det handlar om opportunistisk screening ställs inga krav på fasteprover eller morgonurin.

3. När provsvar inkommer: Riskstratifiera/-skatta.

Risken kan grovt delas in i fyra nivåer: *Mycket hög risk*, *hög risk*, *måttlig risk* och *låg risk*. Börja med att riskstratifiera utifrån samsjuklighet – se figur nedan. Vid känd aterosklerotisk kärlsjukdom eller svår kronisk njursjukdom är risken automatiskt *mycket hög*. Mycket hög kardiovaskulär risk innebär skärpta behandlingsmål avseende blodtryck och lipider (LDL <1,4 mmol/L) och är bra att nämna i remiss till vårdcentral. I avsaknad av sådan samsjuklighet kan riskskattningsverktyget SCORE2 (se tabell nedan) eller SCORE2-OP (för patienter ≥70 år) användas för att sortera patienten till en riskkategori. Europeiska kardiologföreningens applikation "ESC CVD Risk Calculation" ger tillgång till riskskattningsverktygen och kan laddas ner gratis från App Store eller Google Play.

RISKGRUPPER

Mycket hög risk:

- Känd aterosklerotisk kärlsjukdom
- Svår kronisk njursjukdom (eGFR <30)
- Familjär hyperkolesterolemi + ytterligare riskfaktor
- SCORE2 – mycket hög risk (röd)

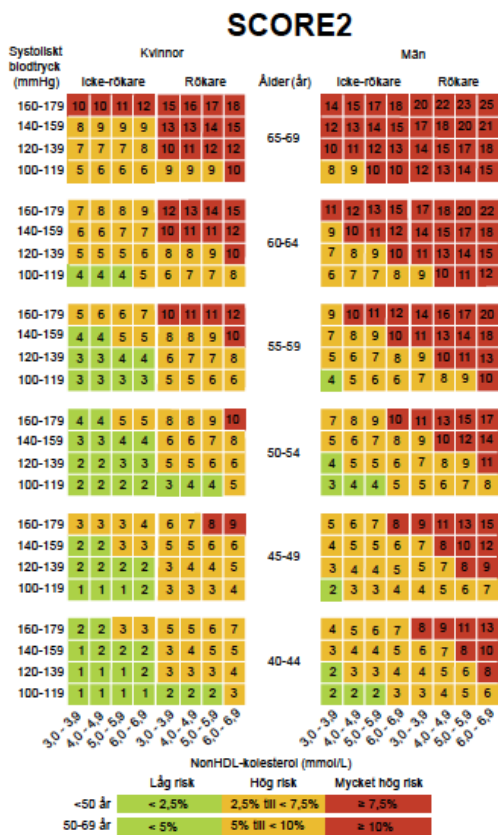
Hög risk:

- Diabetes med duration ≥10 år, organskada eller annan riskfaktor
- Uttalad stegring av enskild riskfaktor
- Måttlig kronisk njursjukdom (eGFR 30–44 mL/min; 45–59 mL/min om U-Alb/krea >3 mg/mmol)
- Familjär hyperkolesterolemi
- SCORE2 – hög risk (orange)

Måttlig risk:

- Okomplicerad diabetes utan annan riskfaktor
- Individuell bedömning vid riskfaktorer som inte behandlas ovan

Modifierad från RMR Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär prevention



REFERENS: European Heart Journal, 2021, Vol 42 s2439-2454

4. Samtal/info och ev remiss för uppföljning

Resultatet av riskskattning och eventuell samsjuklighet ligger till grund för den fortsatta behandlingen. Särskild vikt läggs vid modifierbara livsstilsfaktorer respektive blodtrycks- och lipidnivåer. Ansvarig läkare avgör själv på vilket sätt återkoppling sker till patienten.

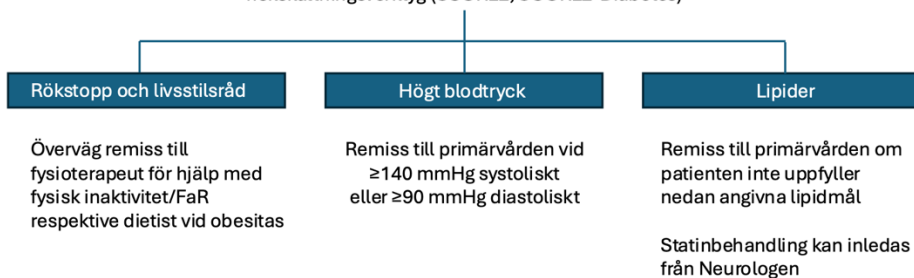
- Levnadsvaneförändringar bör alltid lyftas (tobaksstopp, fysisk aktivitet, kost, alkohol, fördjupning: [FYSS](#)).
- Diagnos hypertoni ($\geq 140/90$ mmHg) kräver upprepade mätningar (RMR: [Hypertoni](#)). Ofta blodtrycksmål $<130/80$ mmHg om det inte handlar om en äldre eller skör individ.
- Bedömning av lipidmål utifrån riskkategori (se figur nedan). Observera att evidensläget för lipidsänkande medicinering i primärpreventivt syfte är svagare för äldre individer. Statinbehandling kan inledas från Neurologmottagningen, men man kan också remittera (RMR: [Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär prevention](#)).

Generella lipidmål utifrån riskkategori

	LDL (mmol/L)	Non HDL (mmol/L)	ApoB (g/L)
Mycket hög risk	<1,4	<2,2	<0,65
Hög risk	<1,8	<2,6	<0,80
Måttlig risk	<2,6	<3,4	<1,0

- **Remiss till primärvård** vid högt blodtryck, lipidvärden ovan målnivå eller andra avvikelser som kräver uppföljning, för handläggning enligt regionala medicinska riktlinjer. Ange i remissen att epileptiska anfall med debut efter medelåldern innebär ökad risk för hjärt-kärlhändelser.

Riskstratifiera utifrån befintliga riskfaktorer respektive riskskattningsverktyg (SCORE2; SCORE2-Diabetes)



Uppföljning

Innehållsansvarig, teamansvarig för epilepsi och sektionschef neurologi ansvarar gemensamt för uppföljning och revision av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i patientjournalen, övriga avvikelser rapporteras i MedControl PRO.

Källförteckning

Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida JM, Capodanno D, Cosyns B, Crawford C, Davos CH, Desormais I, Di Angelantonio E, Franco OH, Halvorsen S, Hobbs FDR, Hollander M, Jankowska EA, Michal M, Sacco S, Sattar N, Tokgozoglu L, Tonstad S, Tsioufis KP, van Dis I, van Gelder IC, Wanner C, Williams B; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Prev Cardiol. 2022 Feb 19;29(1):5-115. doi: 10.1093/eurjpc/zwab154. PMID: 34558602.

Västra Götalandsregionen. Regionala Medicinsk Riktlinje - Hypertoni. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen; 2024 [uppdaterad januari 2024; citerad 29 augusti 2025]. Hämtad från: [Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Hypertoni](#)

Västra Götalandsregionen. Regionala Medicinsk Riktlinje - Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär prevention. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen; 2024 [uppdaterad januari 2024; citerad 29 augusti 2025]. Hämtad från: [Regional medicinsk riktlinje Läkemedel–Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär prevention](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Neurosjukvård

Innehållsansvar: David Larsson, (davla6), Specialistläkare

Granskad av: Annika Nordanstig, (annno71), Sektionschef

Godkänd av: Åsa Lundgren Nilsson, (asalu3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9906-1676734750-231

Version: 2.0

Giltig från: 2025-09-19

Giltig till: 2027-09-19