

SPASTICITATEA DUPĂ ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL



INFORMAȚI-VĂ!

Călătoria începe cu
conștientizare



ACȚIONAȚI!

Faceți față spasticității
cu sprijinul specialiștilor



RECUPERAȚI-VĂ!

Învățați să gestionați o
nouă viață de zi cu zi

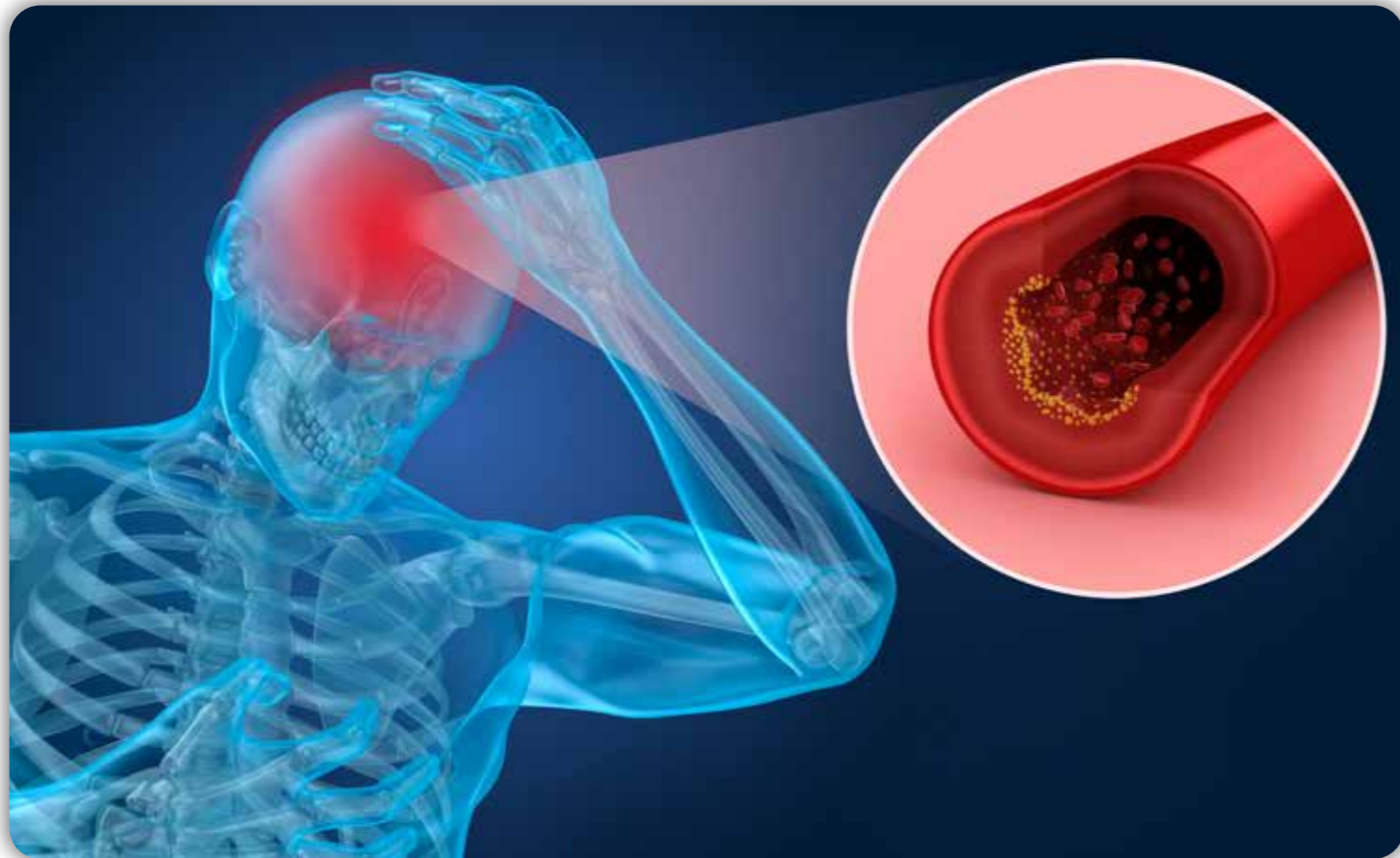


CUPRINS:

CE ESTE ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL?	4
CARE SUNT CONSECINȚELE?	5
CE ESTE SPASTICITATEA?	6
CARE SUNT SEMNELE ȘI SIMPTOMELE SPASTICITĂȚII?	8
TIPARE SPECIFICE ALE SPASTICITĂȚII POST ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	8
IDENTIFICAREA SPASTICITĂȚII CARE NECESITĂ TRATAMENT	10
METODE DE EVALUARE A SPASTICITĂȚII	12
TRATAMENTUL SPASTICITĂȚII	14
DREPTURILE PACIENȚILOR CARE AU SUFERIT UN ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	21

CE ESTE ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL?

Este o afectare cerebrală cauzată de întreruperea alimentării cu sânge oxigenat a unei zone a creierului în urma obstrucției unei artere (accident vascular cerebral ischemic) sau a ruperii acesteia (accident vascular cerebral hemoragic).



CARE SUNT CONSECINȚELE?



După un accident vascular cerebral apare și o pierdere a funcției la nivelul membrilor și al organelor inervate de zona creierului care a suferit leziunea.

Principalele consecințe sunt:

- pareză sau paralizie, slăbiciune musculară, spasticitate
- dificultate la înghițire
- dificultăți respiratorii
- pierderea controlului vezicii urinare
- tulburări de vorbire și de memorie
- depresie

O parte a funcționalității poate fi recuperată. De fapt, nu toate celulele din zona afectată de accidentul vascular cerebral mor și, datorită mecanismului de neuroplasticitate a creierului, unele zone ale acestuia pot învăța să compenseze funcțiile îndeplinite anterior de celulele afectate. În acest sens, este esențial să se definească un plan individual de reabilitare multidisciplinar, care să includă identificarea:

- obiectivelor care trebuie urmărite
- resurselor, tehnicilor și a personalului profesional dedicat
- mediului și a intensității corespunzătoare (internare, spitalizare zi de spital, ambulatoriu).



Accidentul vascular cerebral reprezintă o problemă majoră de sănătate publică pe plan mondial și un important factor generator de dizabilitate.

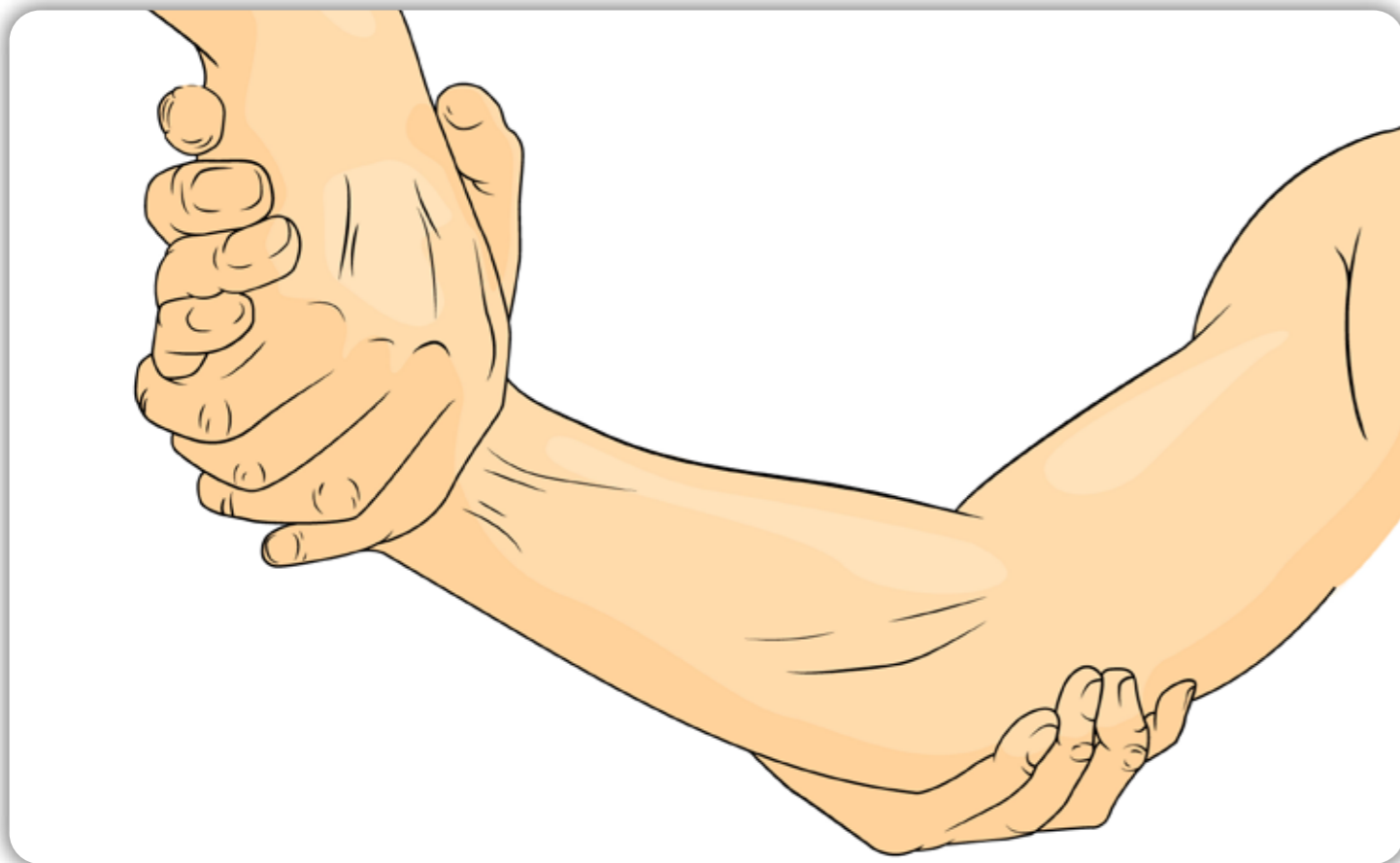
Consecințele funcționale secundare ale accidentului vascular cerebral sunt multiple și pot afecta în diferite moduri pacienții de diferite vârste prin limitări ale funcției, limitări ale activităților socio-profesionale, cât și îngrijiri majore în reintegrarea familială și / sau a activităților bazale cotidiene.

Multiple complicații ale accidentului vascular cerebral atât în faza acută cât și cea cronică, pot genera diferite grade de dizabilitate.

O proporție semnificativă a supraviețuitorilor unui accident vascular cerebral prezintă spasticitate.

CE ESTE SPASTICITATEA?

În mod normal, mușchii păstrează, chiar și în absența contracției musculare voluntare, o activitate bazală de contracție continuă numită tonus muscular, evaluabilă prin manevre simple, cum ar fi mobilizarea pasivă a segmentelor corpului și palparea mușchilor scheletici.



În condiții de afectare patologică, tonusul muscular poate fi modificat atât în sensul scăderii (hipotonie), cât și, mai frecvent, în sensul creșterii sale (hipertonie).

Spasticitatea este o afecțiune în care anumiți mușchi se contractă în mod continuu, ceea ce duce la un tonus muscular crescut și la rigiditatea acelor mușchi responsabili de postura normală și de mobilitatea corpului.

Spasticitatea este o consecință a sindromului neuronului motor central (sindromul piramidal). Acesta include căile motorii de la nivelul creierului sau al coloanei vertebrale. Principala zonă afectată la nivelul creierului este cortexul cerebral. În momentul în care apar dezechilibrele, se modifică fluxul normal de semnalizare dintre sistemul nervos și mușchi, ceea ce duce la activitate musculară ridicată (de exemplu, spasticitate).

Spasticitatea implică o contracție involuntară severă și dureroasă a unor grupe musculare, putând fi determinată de afecțiuni cerebrale (ex: accidente vasculare cerebrale, traumatisme, etc.) sau ale măduvei spinării, generând astfel dizabilități importante.

Clinic, se manifestă printr-o creștere a tonusului muscular dependentă de viteza mișcării, atunci când segmentul afectat este mobilizat pasiv.

Spasticitatea poate avea un impact major asupra confortului, posturii și funcției, ducând la creșterea riscului de apariție a complicațiilor, cum ar fi contracturile și ulcerele de presiune, afectând calitatea vieții persoanei.

Spasticitatea poate fi rezultatul unui număr de afecțiuni neurologice, incluzând accidentul vascular cerebral, traumatismele crano-cerebrale, scleroza multiplă, traumatismul vertebro-medular și paralizia cerebrală.

Aproximativ 30% dintre pacienții cu accident vascular cerebral, **60%** din pacienții cu scleroză multiplă severă și **75%** din cei cu dizabilitate post – traumatisme vertebro - medulare dezvoltă spasticitate care necesită tratament.

Spasticitatea poate apărea la câteva săptămâni, luni sau chiar ani după un accident vascular cerebral; s-a demonstrat că, de fapt, nu reprezintă doar consecința daunelor cerebrale, ci și urmarea unui set de procese care determină sistemul nervos să se reorganizeze pentru compensarea acestor daune.

Unele dintre procesele care induc spasticitatea sunt modificabile atât printr-o intervenție țintită care include terapii farmacologice, de reabilitare, cât și chirurgicale.

CARE SUNT SEMNELE ȘI SIMPTOMELE?

În urma unui accident vascular cerebral, mușchii paralizați pot dezvolta o creștere anormală a tonusului muscular (hipertonie), o pierdere treptată a capacității de extensie și deplasare cu o alterare a controlului motor și contractii dureroase similare crampelor. Acest lucru are un impact semnificativ asupra vieții de zi cu zi a pacienților și, în consecință, a aparținătorilor acestora.

Semne și simptome ale spasticității:

- rigiditate
- oboseală
- spasme dureroase
- durere
- contracturi
- mișcări necontrolate

TIPARE SPECIFICE ALE SPASTICITĂȚII POST ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

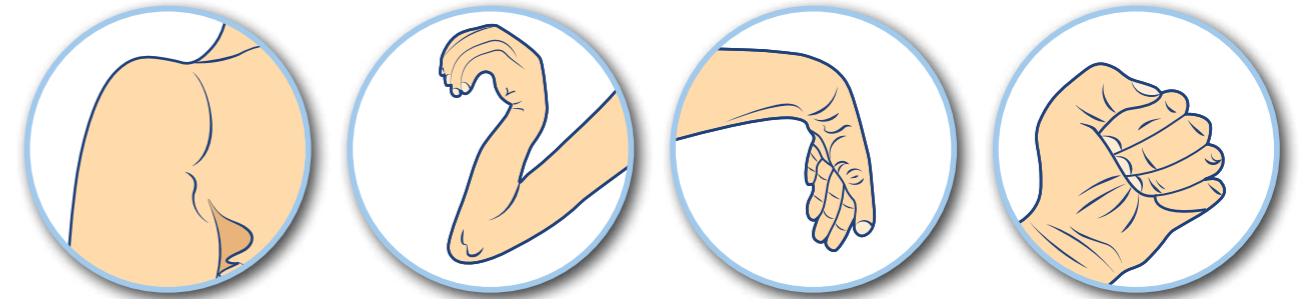
Spasticitatea rezultată în urma unui accident vascular cerebral poate fi:

- focală, cu afectarea unui singur segment, proximal, intermediar sau distal al unui membru superior sau inferior
- multifocală, cu afectarea a mai mult de un segment al unui membru
- regională, cu afectarea în totalitate a trenului superior sau a celui inferior
- generalizată, cu afectarea unui întreg hemicorp (membrul superior și membrul inferior)

Spasticitatea se poate manifesta atât la nivelul membrelor superioare, cât și la nivelul membrelor inferioare, separat sau simultan.

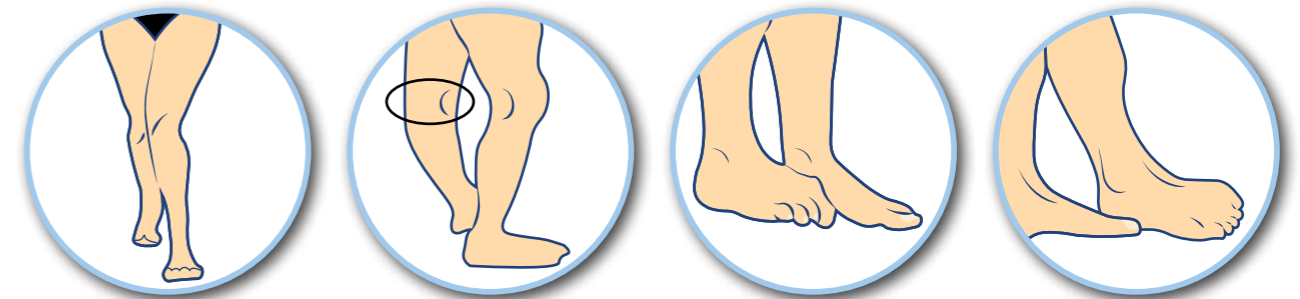
La nivelul membrului superior:

- Umăr în adducție și rotație internă – brațul este tras înspre corp și îndreptat înspre interior
- Articulația cotului în flexie – încheietura și mâna sunt ținute aproape de umăr
- Articulația pumnului în flexie – încheietura mâinii flexată
- Degetele în flexie – degetele sunt ținute strâns în palmă



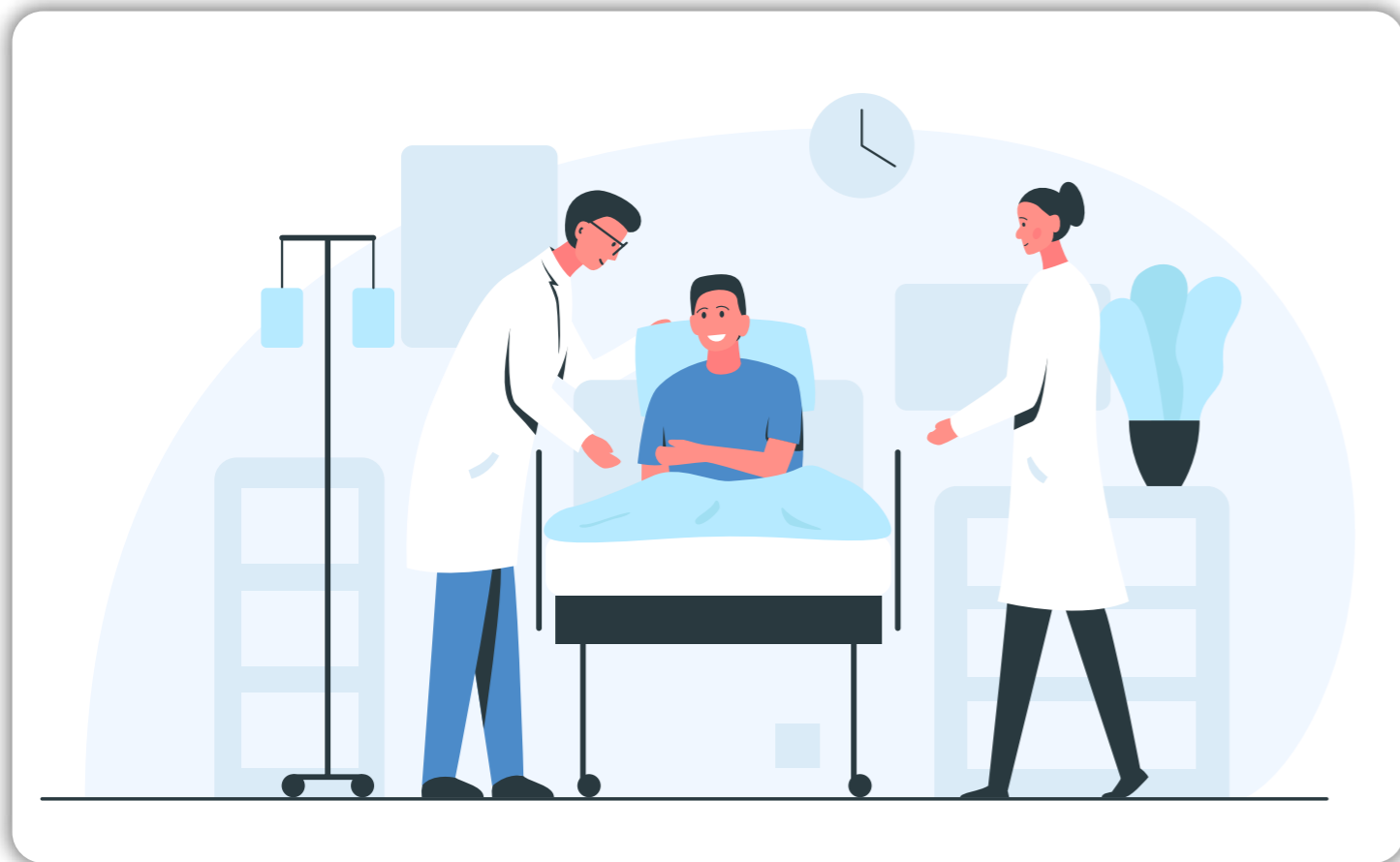
La nivelul membrului inferior:

- Coapse în adducție – părțile interioare ale coapselor sunt strâns apropiate
- Genunchi în extensie – articulație hiperextinsă a genunchiului, gamba este extinsă
- Degete în flexie
- Piciorul equin – unghiul dintre picior și talpă este mai mare de 90°



IDENTIFICAREA SPASTICITĂȚII CARE NECESITĂ TRATAMENT

În cazul pacienților cu spasticitate, evaluarea multidisciplinară este importantă și implică evaluarea spasticității, a altor deficite, și identificarea obiectivelor de tratament pentru funcția activă și pasivă.



Pacienții cu spasticitate post – accident vascular cerebral necesită implicarea coordonată a unei echipe multidisciplinare de specialiști care poate include (dar nu se limitează la):

- medici de familie
- specialiști precum medic de recuperare, balneologie și medicină fizică, neurolog, psihiatru, urolog
- profesioniști în reabilitarea fizică (kinetoterapeut, terapeut ocupațional, logoped) nutriționist
- neuropsiholog și psiholog
- asistent social

Evaluarea ar trebui să ofere informații importante în vederea stabilirii obiectivelor de tratament în care sunt implicați pacienți, aparținători, terapeuți și medici.

Evaluarea tiparelor de mișcare în timpul diferitelor activități cum ar fi mersul, transferurile, îmbrăcatul, apucatul unor obiecte sau ajustarea unei orteze, oferă informații valoroase cu privire la impactul și severitatea spasticității.

Deciziile privind tratamentul spasticității unui pacient sunt făcute pentru fiecare caz individual după evaluarea efectuată de echipa medicală multidisciplinară.

Sunt luați în considerare următorii factori:

- momentul apariției și severitatea spasticității
- distribuția spasticității, gradul de deficit motor
- prezența retracturilor,
- elaborarea de strategii compensatorii
- severitatea comorbidităților
- obiectivele tratamentului

În cazul pacienților cu spasticitate, decizia inițierii tratamentului este luată în funcție de îmbunătățirile așteptate în privința activității sau a participării (cum ar fi mersul, independența în transferuri*, igiena) sau în vederea prevenirii complicațiilor (cum ar fi durerea sau retracturile).

Managementul spasticității trebuie direcționat către obiective realiste în vederea ameliorării funcției. Tratamentul ar trebui să abordeze factorii agravanți, cum ar fi infecțiile locale, durerea, constipația și alte influențe care pot provoca durere.

*modificarea poziției pacientului din culcat în șezut, din șezut în ortostatism sau spre dispozitivul asistiv (fotoliu rulant, cadru sprijin, cârjă)

METODE DE EVALUARE A SPASTICITĂȚII

Diagnosticul de spasticitate post – accident vascular cerebral necesită o evaluare extensivă a istoricului clinic al pacientului; urmează după un examen fizic, în timpul căruia medicul evaluează mișcările musculare și amplitudinea acestora și monitorizează frecvența spasmelor și a contracturilor.



Cuantificarea spasticității poate fi dificilă din mai multe motive.

1. Realizarea de măsurători precise este complicată de faptul că spasticitatea poate varia de la o zi la alta, sau chiar în diferite momente ale aceleiași zile, în funcție de postură și de expunerea prelungită la factorii agravanți, cum ar fi infecțiile de tract urinar, escarele, constipația. Expunerea la factorii agravanți trebuie să fie controlată, evaluată și gestionată pentru a măsura cu exactitate spasticitatea. Variațiile tonusului muscular sunt dependente de activitatea mușchilor afectați sau de aflarea acestora în repaus.

2. Cele mai frecvente metode utilizate pentru evaluarea clinică a spasticității sunt **măsurarea amplitudinii mișcării pasive și active de la nivelul articulației afectate**, cu ajutorul scalelor internaționale de evaluare (de exemplu Scala Ashworth pentru spasticitate și Scala Tardieu).

3. Medicul specialist poate obține informații suplimentare despre tonusul muscular prin efectuarea unui examen **electromiografic**, care înregistrează fenomenele musculare electrice. Investigația se poate face în profunzime cu electrozi cu ac sau la suprafață cu electrozi cu plăci. Este folosită pentru a evalua activarea musculară în repaus și în timpul contracției statice sau în timpul mișcărilor voluntare sau automate. De asemenea, permite evaluarea existenței și a duratei activității musculare și a eventualelor contracții simultane în timpul executării unui gest (a atinge, a apuca, a merge, a sta în picioare).

4. În cele din urmă, sunt examinate activitățile care creează dificultăți și reprezintă un obstacol pentru pacient, evaluându-se în ce măsură sunt limitate abilitățile sale în viața de zi cu zi.

În urma acestor investigații, medicul va putea realiza o strategie terapeutică personalizată, implicând și specialiștii care vor putea gestiona și optimiza reabilitarea pacientului.

TRATAMENTUL SPASTICITĂȚII

Spasticitatea afectează independența pacienților în desfășurarea activităților cotidiene, cum ar fi realizarea igienei personale, îmbrăcatul, mersul și somnul. Ulterior poate provoca dureri, contracturi locale până la retracturi, subluxații sau chiar dislocarea articulațiilor afectate, neuropatii periferice și ulcere de presiune.



Tratamentul acestei afecțiuni este centrat pe îmbunătățirea calității vieții și minimizarea efectelor adverse ale medicației orale. Spasticitatea poate însă să fie benefică pentru a ajuta pacienții să realizeze transferurile, ortostatismul, mersul și să prevină atrofia musculară.



Există o varietate de tratamente disponibile pentru controlul spasticității:

- Tratamentele non-farmacologice, care includ terapiile fizicale, terapiile ocupaționale și medicina complementară și alternativă
- Medicamentele orale
- Terapiile intervenționale

În timp ce fiecare terapie s-a dovedit a fi eficientă în tratarea spasticității, tratamentele în sine pot veni și cu propriile efecte adverse. În general, agenții orali sunt mai ușor de utilizat dar au efecte sistemice nedorite, care pot depăși beneficiile potențiale pe care aceștia le pot oferi. În același timp, aceste medicamente sistemice pot fi mai potrivite pentru pacienți cu spasticitate generalizată.

Terapiile intervenționale ridică problema erorilor procedurale, dificultăți în găsirea unui cadru medical instruit să efectueze procedura și potențiale complicații suplimentare. Cu toate acestea, pot oferi un control mai bun al spasticității, cu minimizarea efectelor adverse sistemice, dacă pacienții sunt complianți și pot tolera procedurile.

Trebuie făcută balanța beneficiu / risc pentru fiecare pacient, evaluându-se istoricul medical, pentru a determina ce opțiune de tratament este cea mai potrivită.

Mijloace terapeutice specifice reabilitării medicale

Managementul reabilitării spasticității implică intervenții diferite, adaptate la nevoile clinice ale fiecărui pacient și care vizează:

- Reeducarea mișcării, în care este posibilă recuperarea funcționalității
- Prevenirea retractiilor musculare sau a apariției contracturilor

Aceste intervenții includ proceduri de întindere, de întărire musculară, terapii fizice, gestionarea durerii. Aceste proceduri, asociate cu intervențiile farmacologice necesare, permit un management cât mai complet și eficient posibil al consecințelor spasticității.

Exerciții posturale și întindere

Pot îmbunătăți confortul fizic și ajută la prevenirea sau limitarea dezvoltării complicațiilor. Întinderea se referă la diferite tipuri de întindere musculară, atât activă cât și pasivă, care pot face uz de dispozitive mecanice cu scopul de a normaliza tonusul muscular, de a menține sau crește extensibilitatea țesuturilor moi, de a reduce durerea contracturală și de a îmbunătăți funcția motorie.

Exerciții de întărire musculară

Slăbiciunea musculară (paralizie sau paraliză) este principalul factor generator de handicap la pacienții cu accident vascular cerebral. Exercițiile efectuate cu scopul de a îmbunătăți forța musculară joacă un rol esențial în programele de reabilitare, în special în primele șase luni de la debutul bolii.

Suporturi ortopedice

La cei afectați de spasticitate, execuția anumitor mișcări este dureroasă și, prin urmare, este evitată. Aparatele ortopedice sau ortezele sunt ajutoare ortopedice care, aplicate extern, îmbunătățesc sau controlează funcționalitatea afectată a sistemului neuromuscular și scheletal printr-o corecție statică sau dinamică.

Ortezele membrilor inferioare pot asigura poziționarea fixă a membrilor inferioare pentru a controla spasticitatea și pentru a preveni deformările ulterioare; în plus, compensează slăbiciunea musculară și instabilitatea articulară.

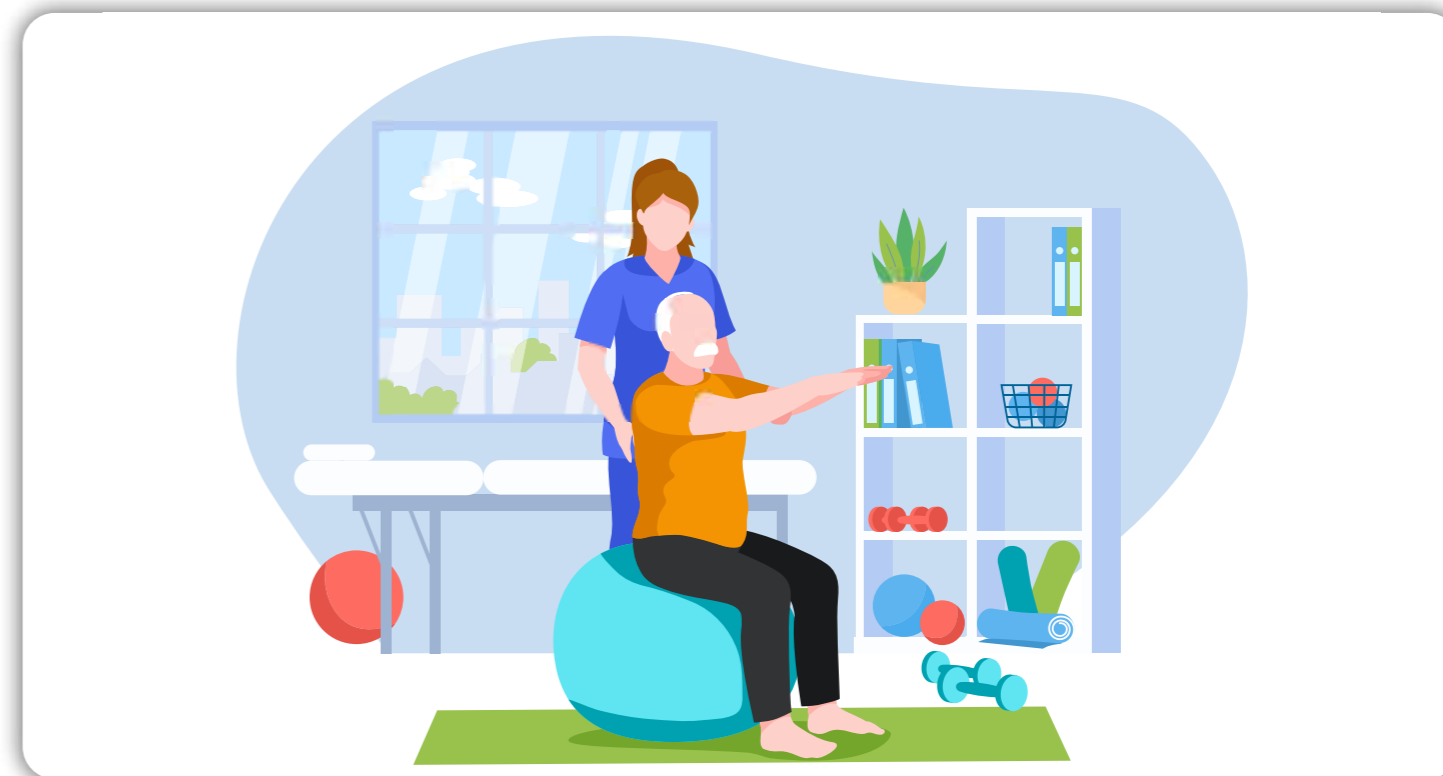
Utilizarea unor orteze speciale, de exemplu cele cu arc, permite contracararea flexiei (sau a extensiei) care rezultă din hipertonie, sprijinind în același timp automatismele motorii ale pacientului și permițând mișcarea articulațiilor; în acest fel, sunt reduse durerea și rigiditatea musculară care ar apărea dacă pacientul ar fi blocat constant într-o poziție fixă.



Terapii fizice

Aplicarea unor terapii fizice precum diferite metode de kinetoterapie (posturări, kinetoterapie activă și pasivă) **sau aplicarea de factori fizici** (frig, căldură, ultrasunete, diferite tipuri de curenți electrici) poate fi utilă în ameliorarea simptomelor de spasticitate, în reducerea durerii, în scopuri funcționale precum și în îmbunătățirea funcției neuromusculare.

Fiziokinetoterapia are un rol foarte important în faza imediat următoare accidentului vascular cerebral, cu tehnici care diferă în funcție de starea pacientului și de gradul său de spasticitate; obiectivele acestor terapii fizice sunt normalizarea tonusului muscular și restabilirea funcției active printr-o succesiune de mișcări active și pasive.



Terapia farmacologică

Terapia farmacologică a spasticității include agenți orali și tratamente intervenționale. La acestea se adaugă și posibilitatea tratamentului chirurgical.

Agenți orali

Baclofenul (miorelaxant cu acțiune centrală) este considerat tratamentul de primă linie pentru spasticitate, în special în cazul adulților cu traumatisme vertebro - medulare.

Efectele adverse potențiale includ relaxarea sistemică a musculaturii, sedarea și oboseala.

Din cauza potențialului efect hepatotoxic este necesară monitorizarea funcției hepatice a pacienților aflați în tratament cu baclofen.

Baclofenul oral nu este recomandat pacienților vârstnici deoarece poate provoca somnolență excesivă. În plus, trebuie acordată o atenție sporită atunci când se tratează pacienți în faza de recuperare a leziunilor cerebrale, deoarece au existat unele dovezi ale efectelor nocive asupra neuroplasticității. În cazurile de oprire bruscă a tratamentului cu baclofen au fost raportate reacții de hipertermie, crize convulsive și alterarea statusului cognitiv, dar aceste simptome pot fi evitate prin reducerea treptată a dozelor.

Tizanidina a fost adesea utilizată în asociere cu alte medicamente orale, cum ar fi baclofenul, pentru creșterea efectului antispastic. Reacțiile adverse frecvente sunt sedarea, hipotensiunea, slăbiciunea musculară și halucinațiile. Din cauza potențialului efect secundar al hipotensiunii arteriale, tizanidina este contraindicată la pacienții cu tratament pentru hipertensiune arterială.

Benzodiazepinele. Diazepamul împreună cu clonazepamul, o altă benzodiazepină, induc o stare de sedare semnificativă. Datorită acestei stări de sedare induse, un beneficiu potențial este reducerea spasticității pe timpul nopții, îmbunătățind calitatea somnului. Cu toate acestea, diazepamul generează toleranță și dependență, utilizarea pe termen lung fiind limitată.

Gabapentina. Gabapentina este de obicei administrată ca tratament adjuvant în spasticitate. Este prescrisă atunci când pacienții descriu durerea neuropată asociată spasticității. Gabapentina nu este un tratament de primă intenție pentru spasticitate și este rareori utilizat ca monoterapie. Efectele adverse potențiale includ somnolență, tremor și nistagmus.

Tratamente intervenționale

Baclofenul intratecal. Utilizează același mecanism de acțiune ca baclofenul oral, dar medicamentul este administrat în sistemul nervos central la nivelul coloanei vertebrale prin intermediul unui cateter intratecal. Acest lucru permite pătrunderea unei concentrații mai mari de baclofen la nivelul sistemului nervos central utilizând doze mai mici comparativ cu forma orală, evitând în același timp efectele adverse sistemice.

În plus față de furnizarea unei concentrații locale mai mari a medicamentului, unul dintre principalele avantaje ale acestei intervenții este capacitatea de a ajusta în permanență dozele prin perfuzia intratecală. Ajustarea dozelor în funcție de activitățile pacientului permite o mai mare flexibilitate în auto-îngrijire pe tot parcursul zilei și îi ajută pe pacienți să controleze mai eficient spasmele nocturne. A fost raportat și un beneficiu suplimentar de ameliorare a vezicii neurogene prin scăderea tonusului mușchiului detrusor al vezicii urinare.

Dezavantajele oricărui dispozitiv mecanic implantabil sunt:

- eșecul dispozitivului – eșecul pompei poate genera supradozaj, ducând la depresie respiratorie și comă
- complicațiile asociate intervenției de implantare - problemele legate de administrarea operatorie sau perioperatorie a plasării pompei pot duce la infecții la locul implantării și scurgeri de lichid cefalorahidian, provocând cefalee.

Blocurile de nerv periferic cu alcool și fenol. Alcoolul și fenolul sunt utilizate pentru a reduce spasticitatea prin neuroliză chimică. Acestea se injectează perineural pentru a distruge ireversibil nervul care cauzează spasticitate.

Această procedură nu este frecvent utilizată ca tratament de primă linie deoarece este neselectivă și are o durată variabilă a efectului de la zile la ani din cauza regenerării parțiale a nervului în urma tratamentului. Această procedură este folosită cu predilecție pentru facilitarea mersului, posturii și igienei. Totuși, acesta este un tratament eficient pentru pacienții cu spasticitate refractară la toate celelalte terapii și trebuie rezervat pentru cazurile cu o pierdere completă a sensibilității și / sau fără activitate motorie voluntară la nivelul membrelor inferioare.

Trebuie acordată o atenție sporită efectelor adverse potențiale asupra vezicii urinare, intestinului și funcției sexuale. Alte efecte adverse potențiale includ roșeața locală tranzitorie și durerea neuropată.

Injecții locale cu toxină botulinică

Toxina botulinică face parte din relaxantele musculare cu acțiune periferică și este considerată astăzi terapia de elecție pentru spasticitatea de tip focal, care permite un tratament selectiv și țintit al mușchilor afectați de spasticitate.

Toxina botulinică este o proteină produsă de o bacterie, Clostridium botulinum, care acționează reversibil la nivelul terminațiilor nervoase, prin inhibarea eliberării mediatorului chimic responsabil de stimularea contracției musculare, provocând astfel o reducere a tonusului muscular.

Toxina botulinică se administrează prin injecție în mușchii afectați de spasticitate. Efectul, care diferă de la pacient la pacient, este temporar și de durată variabilă; din acest motiv tratamentul trebuie de obicei repetat în timp.

Efectul apare în circa 7-10 zile, cu efect maxim în 4-6 săptămâni, iar apoi efectul începe să scadă.

Pentru optimizarea eficienței terapiei cu toxina botulinică, se recomandă combinația cu fizioterapia. Este util să se ofere un program adecvat de reabilitare menit să reducă în continuare hipertonia, să stimuleze mobilizarea articulară și recuperarea efectelor reziduale.

Mai mult, programul de reabilitare ulterior utilizării toxinei botulinice poate, la unii pacienți, să favorizeze o recuperare suplimentară a abilităților motorii.

În general, pacienții tolerează bine injecțiile cu toxină botulinică, iar efectele secundare nu sunt frecvente. Cu toate acestea, tratamentele cu toxină botulinică pot provoca, rareori, și o serie de efecte nedorite.

Acestea pot include:

- Durere ușoară, inflamare sau vânătăi în jurul locului de injecție
- Slăbiciune sau paralizie temporară nedorită în mușchii apropiați

Ținând cont de metodele noi de administrare cum ar fi sub ghidaj ecografic, se crește mult precizia livrării substanței în mușchii țintă doriți și se diminuează considerabil riscul de efecte adverse locale.

Contraindicații și precauții ale administrării toxinei botulinice:

- Persoanele cu istoric de reacție la toxină sau albumină
- Miastenia gravis, neuropatii, scleroză laterală amiotrofică
- Persoane cu diverse infecții în zonele în care se dorește injecția toxinei botulinice
- Gravide și femei care alăptează



Tratamentul chirurgical al complicațiilor spasticității

Neurotomiiile (excizia unui nerv periferic) sunt proceduri care întrerup transmisia semnalului nervos pentru a reduce spasmele și durerea. Împreună cu rizotomiile (secționarea anumitor rădăcini nervoase), neurotomiiile sunt rareori efectuate la adulți. Rizotomiile sunt folosite mai mult pentru ameliorarea durerii decât pentru spasticitate, deși în unele cazuri a fost raportată o ameliorare a spasticității. Aceste proceduri intervenționale pot fi luate în considerare dacă alte opțiuni de tratament nu asigură un control eficient al spasticității.

În cazul retracturilor ireversibile intervenția chirurgicală poate corecta deformările și facilitează o postură mai bună în vederea prevenirii agravării spasticității. În cazul membrului inferior, intervențiile vizează îmbunătățirea mobilității și a capacității de a purta încălțăminte, iar la nivelul membrului superior, pentru a facilita accesul palmar în vederea menținerii igienei locale.

DREPTURILE PACIENȚILOR CARE AU SUFERIT UN ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Organizația Mondială a Accidentului Vascular Cerebral (World Stroke Organization) a emis „Carta drepturilor pacienților cu AVC”^{*} conform căreia pacienții au dreptul la:

- obținerea de informații complete despre prevenirea, diagnosticarea, tratamentul accidentului vascular cerebral și viața cu consecințele acestuia
- primirea de asistență din partea unei echipe multidisciplinare
- accesul la tratamentele necesare fără nicio discriminare
- primirea de sprijin financiar sau de altă natură pentru îngrijirea pe termen lung
- reintegrarea în viața socială și profesională acolo unde este posibil
- conectarea și împărtășirea experienței cu alți pacienți și / sau îngrijitori

*- Adaptat după World Stroke Organization – Global stroke bill of rights – www.world-stroke.org

Bibliografie:

1. Malhotra, S., et al. Spasticity, an impairment that is poorly defined and poorly measured. *Clinical Rehabilitation*, 2009. 23(7): p. 651-58.
2. Lance, J. Spasticity: disordered motor control, in *Symposium Synopsis*. 1980, Year Book Medical Publishers: Chicago. p. 485-94
3. Young, R. R. (1994). Spasticity: a review. *Neurology* 44, S12–S20.
4. Royal College of Physicians, Spasticity in adults: management using botulinum toxin. National Guidelines. 2009, London
5. Ada, L., N. O'Dwyer, and E. O'Neill, Relation between spasticity, weakness and contracture of the elbow flexors and upper limb activity after stroke: an observational study. *Disability and Rehabilitation*, 2006. 28(13/14): p. 891-7
6. Mariaconcetta Vinti, Jean-Michel Gracies. Cocontraction Spastique: caracterisation biomecanique et physiologique, 2014
7. Katalinic, O.M., et al., Stretch for the treatment and prevention of contractures. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, 2010(9): p. CD007455.
8. Simpson DM, Hallett M, Ashman EJ, et al. Practice guideline update summary: botulinum neurotoxin for the treatment of blepharospasm, cervical dystonia, adult spasticity, and headache: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2016;86(19):1818–26.
9. Marciniak, C., Munin, M.C., Brashear, A. et al. IncobotulinumtoxinA Efficacy and Safety in Adults with Upper-Limb Spasticity Following Stroke: Results from the Open- Label Extension Period of a Phase 3 Study. *Adv Ther* (2019) 36: 187.
10. Li S and Francisco GE (2015) New insights into the pathophysiology of post-stroke spasticity. *Front. Hum. Neurosci.* 9:192
11. Ashford, S., D. Jackson, and T.-S. Lynne, Goal setting, using goal attainment scaling, as a method to identify patient selected items for measuring arm function. *Physiotherapy*, 2015. 101: p. 88-94.
12. Olver, J., et al., Botulinum toxin assessment, intervention and aftercare for lower limb disorders of movement and muscle tone in adults: international consensus statement. *European Journal of Neurology*, 2010. 17 Suppl 2: p. S57-73
13. Sheean, G., et al., Botulinum toxin assessment, intervention and after-care for upper limb hypertonicity in adults: international consensus statement. *European Journal of Neurology*, 2010. 17 Suppl 2: p. S74-93.
14. Bakheit, A.M., et al., The profile of patients and current practice of treatment of upper limb muscle spasticity with botulinum toxin type A: an international survey. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2010. 33: p. 199-204.
15. Cusick, A., N. Lannin, and B. Kinnear, Upper limb spasticity management for patients who have received botulinum toxin A injection: Australian therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2015. 62(1): p. 27-40.
16. Cochrane Injuries Group. *Cochrane Database of Systemic Reviews: plain language summaries*. Bethesda, MD: National Center for Biotechnology Information, US National Library of Medicine; Not enough evidence about the effects of drugs used to try and reduce spasticity in the limbs after spinal cord injury. c2009; cited 22 August 2013
17. Gorgey A, Chiodo A, Gater D. Oral baclofen administration in persons with chronic spinal cord injury does not prevent the protective effects of spasticity on body composition and glucose homeostasis. *Spinal Cord*. 2009;48:160–5.
18. Barnes MP, Johnson GR. Upper motor neurone syndrome and spasticity: clinical management and neurophysiology (Cambridge medicine) 2nd. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
19. Stevenson V, Playford D. Neurological rehabilitation and the management of spasticity. *Medicine*. 2012;40:513–7.
20. Simon O, Yelnik AP. Managing spasticity with drugs. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010;46:401–10.
21. Chou R, Peterson K, Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28:140–75.
22. Lance J. What is spasticity? *The Lancet*. 1990;335:606.
23. Awaad Y, Rizk T, Siddiqui I, Roosen N, Mcintosh K, Waines GM. Complications of intrathecal baclofen pump: prevention and cure. *ISRN Neurol*. 2012;2012:575168
24. Abbruzzese G. The medical management of spasticity. *Eur J Neurol*. 2002;9:30–4.
25. Keenan E. Spasticity management, part 2: choosing the right medication to suit the individual. *Br J Neurosci Nurs*. 2009;5:419–24
26. Brashear A, Lambeth K. Spasticity. *Curr Treat Options Neurol*. 2009;11:153–61
27. Hulme A, MacLennan W, Ritchie R, John V, Shotton P. Baclofen in the elderly stroke patient its sideeffects and pharmacokinetics. *Eur J Clin Pharmacol*. 1985;29:467–9
28. Nance PW, Shears AH, Nance DM. Clonidine in spinal cord injury. *Can Med Assoc J*. 1985;133:41–2.
29. Rabchevsky AG, Kitzman PH. Latest approaches for the treatment of spasticity and autonomic dysreflexia in chronic spinal cord injury. *Neurotherapeutics*. 2011;8:274–82
30. Lapeyre E, Kuks JBM, Meijler WJ. Spasticity: revisiting the role and the individual value of several pharmacological treatments. *NeuroRehabilitation*. 2010;27:193–200
31. Kischka U. Neurological rehabilitation and management of spasticity. *Medicine*. 2008;36:616–9.
32. Romijn JA, Van Lieshout JJ, Velis DN. Reversible coma due to intrathecal baclofen. *Lancet*. 1986;2:696
33. Coffey RJ, Edgar TS, Francisco GE, Graziani V, Meythaler JM, Ridgely PM, Sadig SA, Turner MS. Abrupt withdrawal from intrathecal baclofen: recognition and management of a potentially life-threatening syndrome. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83:735–41
34. Malik K, Benzon HT. Radiofrequency applications to dorsal root ganglia: a literature review. *Anesthesiology*. 2008;109:527–42.
35. Turner-Stokes L., Ashford S. Serial injection of botulinum toxin for muscle imbalance due to regional spasticity in the upper limb. *Disabil Rehabil*. 2007;29(23):1806-1812
36. World stroke organization – Global stroke bill of rights – www.world-stroke.org



IPSEN PHARMA Romania

HQ Victoriei Building

59 Grigore Alexandrescu Street, 010623,

1st district, Bucharest, Romania

Office: +4 021 2312720; Fax: +4 021 2311323

Acest material educațional se adresează pacienților diagnosticați cu spasticitate post-AVC.

Infomațiile din acest material nu înlocuiesc sfaturile medicului dumneavoastră, cu care trebuie să rămâneți în legătură pe durata tratamentului.

Este important să raportați orice reacție adversă suspectată. Aceasta permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului.

Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze reacțiile adverse prin sistemul național de raportare la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478 RO, email: adr@anm.ro, Website: www.anm.ro.

DYS-RO-000224 / Mar. 2023

Nr. vizei ANMDM: 13743E / 2.05.2023