

SPASTICITA': INDAGINI DIAGNOSTICHE E TERAPIA

Emma Frasson
UO Neurologia Cittadella (PD)
AULSS6
Sala D'annunzio Aurum Pescara
03 febbraio 2018

Diagnosi e trattamento della spasticità:
considerare aspetto globale

Percorso di presa in carico

**LINEE-GUIDA DEL MINISTRO DELLA SANITÀ PER
LE ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE**

**inizia quando il danno si instaura
finisce dopo un accurato bilancio tra la
stabilizzazione degli esiti e la presenza di
potenzialità di recupero**

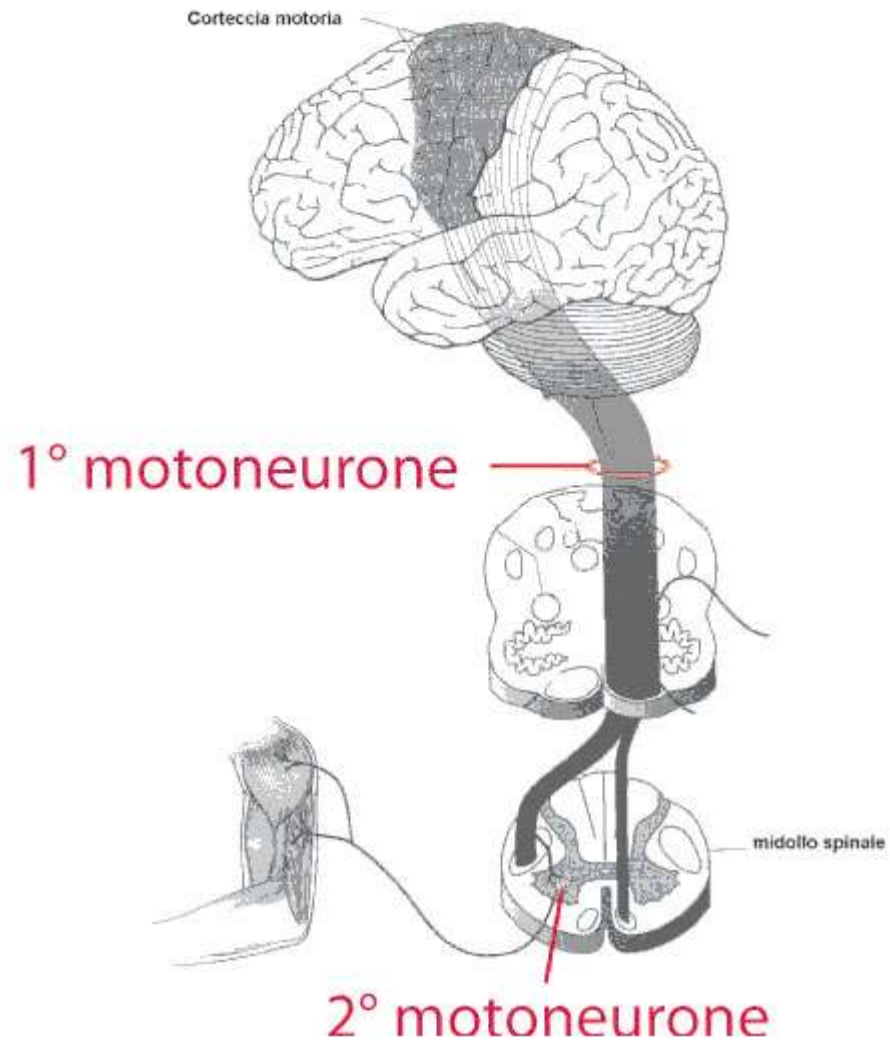
DIAGNOSI

Spasticità

- Complicanza frequente nell'evento ictale
- Interferisce in modo importante con le potenzialità di recupero
- Necessita di essere trattata in modo sistematico con approccio fisico e farmacologico
- E' una componente dei disturbi motori che possono essere presenti nell'ambito della sindrome del primo motoneurone: essa è caratterizzata principalmente dall'aumento del tono muscolare

Cause più frequenti

- Malattie cerebro vascolari (ictus, emorragia cerebrale)
- Traumi cranio encefalici
- Sclerosi multipla
- Paralisi cerebrale infantile



Caratteristiche cliniche della spasticità

1 Aumento del riflesso tonico da stiramento conseguente ad una sua ipereccitabilità

2 Iperreflessia

3 Spasmi in flessione od estensione

4 Clono

Caratteristiche cliniche dei disordini di movimento nella sindrome del primo motoneurone

Segni positivi

- Spasticità
Aumento del tono muscolare
iperreflessia
Spasmi in flessione od estensione
clono
- Liberazione dei riflessi flessori
Risposta di Babinski
Patterns sinergici di movimento

Segni negativi

- **Ridotta destrezza**
- **perdita di controllo musc. Selettivo**
- **debolezza**
- **lentezza del movimento**
- **facile affaticabilità**

Modificazioni delle proprietà reologiche del muscolo

Contrattura

Fibrosi

atrofia

SCALA ASHWORTH

<u>Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity</u>	
Grade	Description
0	No increase in muscle tone
1	Slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal resistance at the end of the ROM when the affected part(s) is moved in flexion or extension
1+	Slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder (less than half) of the ROM
2	More marked increase in muscle tone through most of the ROM, but affected part(s) easily moved
3	Considerable increase in muscle tone, passive movement difficult
4	Affected part(s) rigid in flexion or extension

Tono muscolare

immagine

Persistente
flaccidità

immagine

grave spasticità

Schemi elementari di movimento

Irradiazione

immagine

Spasticità: Opzioni di trattamento

- Riabilitazione
- Chemodenervazione
- Medicazione orale
- Neurochirurgia
- Baclofen intratecale
- Chirurgia ortopedica

La stabilizzazione medica e l'eliminazione degli stimoli dannosi (ossificazione eterotopica, unghie delle dita dei piedi incarnite, infezione urinaria, fecalomi...) precedono altri trattamenti

CANNABINOIDI

SATIVEX APPROVATO PER LA
SPASTICITA' NELLA SCLEROSI
MULTIPLA)

Obiettivi terapia

- Igiene
- Dolore/spasmi dolorosi
- Assistenza quotidiana
- Movimento attivo
- Movimento passivo

**Possibilità di effettuare
reclutamenti selettivi**

immagine

immagine

Il trattamento focale della spasticità

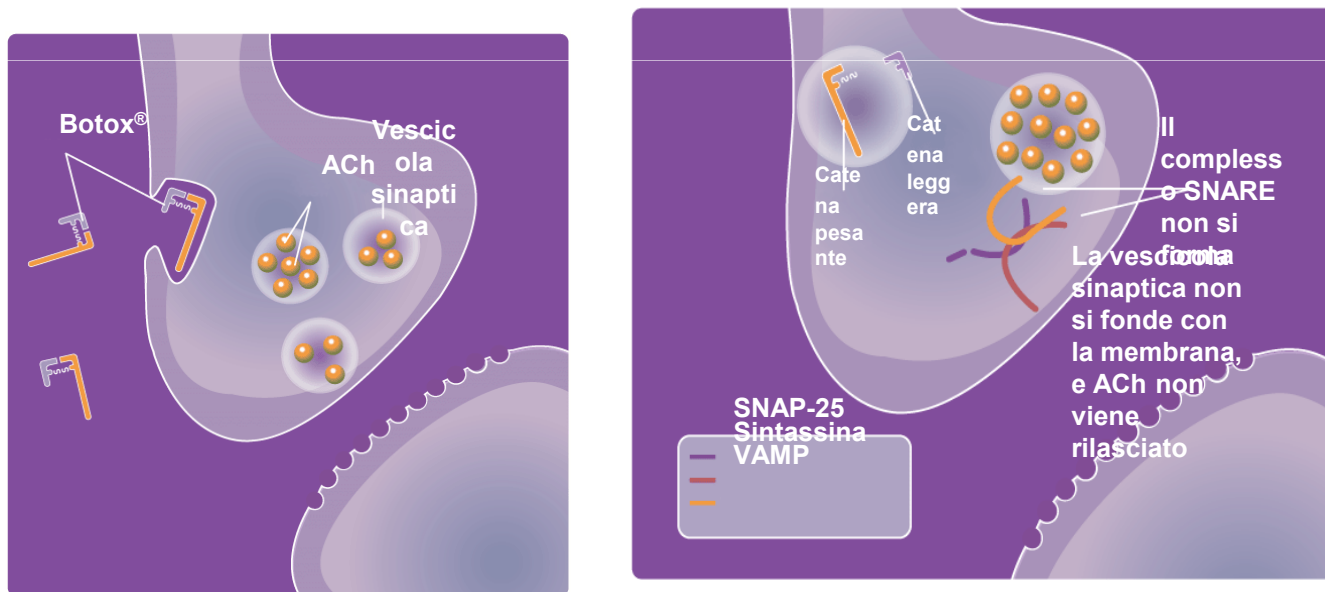
Rappresenta l'approccio terapeutico di elezione quando l'iperattività muscolare è causa di disabilità e quando questa colpisce pochi gruppi muscolari ben individualizzabili

Trattamento focale della spasticità

- Riduzione del tono muscolare locale
- Terapia iniettabile
- Temporanea, potenzialmente reversibile, titolabile
 - Tossina botulinica
 - Fenolo
 - Alcool etilico

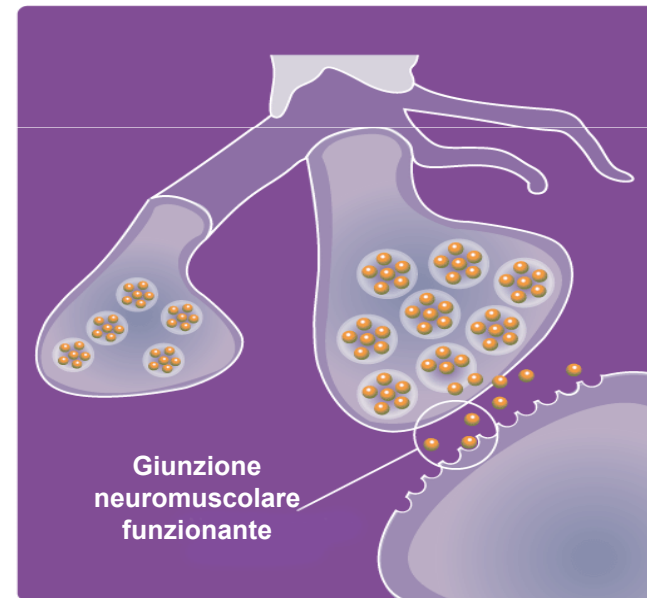
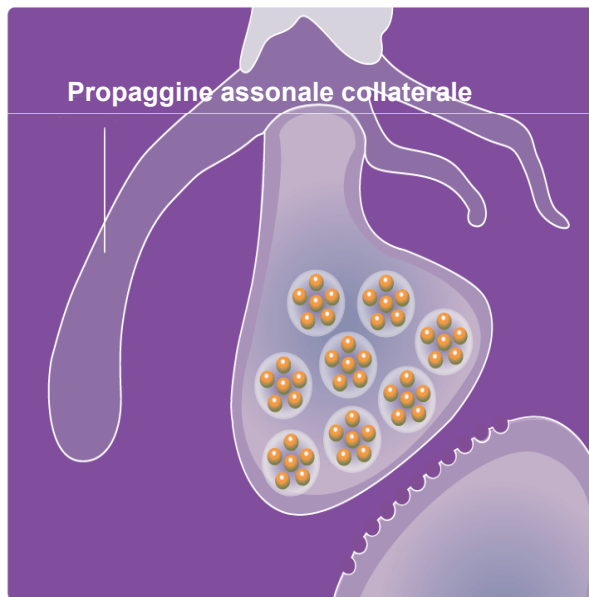
Tossina botulinica

Meccanismo d'azione: blocco presinaptico trasmissione neuromuscolare



Tossina botulinica

Effetto reversibile



Tossina botulinica

- modalità di inoculazione: direttamente nei muscoli iperattivi con guida EMG. Tecnica semplice e non dolorosa
- inizio effetto: all'incirca dopo 2 settimane; l'effetto può perdurare da 3 a 6 mesi
- utilizzo: in tutti i muscoli accessibili ad iniezione intramuscolare
- dosaggio: massima dose praticabile può non essere sufficiente ad inibire grossi muscoli
- intervallo fra le dosi: almeno tre mesi (antigenicità)
- effetti collaterali: infrequenti e non particolarmente rilevanti

Deformità più frequentemente trattate con blocco focale

• **immagine**

Muscoli coinvolti:

gran dorsale, grande rotondo, capo sternale e clavicolare del grande pettorale e sottoscapolare.

Più facilmente coinvolti gran dorsale e grande rotondo se coesiste un'estensione delle spalla

Spalla addotta-intrarotata

Deformità più frequentemente trattate con blocco focale

immagine

Muscoli coinvolti:

**bicipite, brachiale e
brachioradiale**

**Studi di elettromiografia
dinamica hanno documentato
che nella maggior parte dei
casi il muscolo più attivo è il
brachioradiale**

Gomito flesso

Deformità più frequentemente trattate con blocco focale

immagine

Polso flesso

Muscoli coinvolti:

Flessore ulnare del carpo, flessore radiale del carpo, palmare lungo, flessore superficiale e profondo delle dita

Per distinguere se prevalgono i flessori del polso o delle dita, il polso viene mobilizzato in estensione prima a dita flesse e poi aperte

Deformità più frequentemente trattate con blocco focale

Mano chiusa a pugno

immagine

**Muscoli coinvolti:
flessore superficiale e
profondo delle dita,
muscoli intrinseci
della mano.**

**Nei pazienti che
presentano da tempo
questo tipo di postura
tipicamente gli
intrinseci sono
coinvolti**

Deformità più frequentemente trattate con blocco focale

immagine

Muscoli coinvolti: flessore lungo del pollice, adduttore del pollice, flessore breve del pollice.

Se il paziente riesce ad estendere il pollice a polso flesso è più probabile che sia iperattivo il flessore lungo del pollice

Pollice in palmo

Deformità più frequentemente trattate con blocco focale

- **Piede equino o equinovarosupinato**

Muscoli coinvolti: Tibiale anteriore, tibiale posteriore, gastrocnemio, soleo, flessori lunghi delle dita ed estensore lungo dell'alluce

Muscoli ipostenici: peronieri in fase di stance, estensori lunghi delle dita in fase di swing

Deformità più frequentemente trattate con blocco focale

immagine

Muscoli coinvolti: estensore lungo dell'alluce

Alluce iperesteso

Prognosi funzionale

Previsione sulle potenzialità di recupero del paziente in termini di ripresa dell'autonomia e dell'attività motoria

la responsabilità è del medico, con la partecipazione di tutti gli operatori del team riabilitativo

La presa in carico riabilitativa

In fase acuta:

Valutazione fisiatrica effettuata in
Degenza entro pochi giorni dall'evento

- Viene avviato un programma riabilitativo volto a minimizzare i danni secondari all'allettamento
- Viene programmato il successivo setting riabilitativo necessario

immagine

La presa in carico riabilitativa in fase
acuta:
(valutazione)

- Dati anamnestici e strumentali
- Obiettività con particolare riguardo alla localizzazione ed entità della menomazione motoria e/o cognitiva ed eventuali danni secondari

Progetto riabilitativo

Definisce la prognosi funzionale al termine del percorso e le risorse necessarie per ottenere i risultati sperati, individua gli operatori coinvolti nel processo ed una tempistica di massima tenendo conto dei bisogni del paziente, della sua menomazione e disabilità

Disabilità globale

Barthel Index

FIM

Situazione sociale

Condizione abitativa

Attività lavorativa

Risorse familiari e di che tipo

A pochi giorni dal ricovero in Neurologia/Rianimazione:
valutazione fisiatrica in reparto per prima prognosi funzionale

inizio del trattamento riabilitativo e/o
logopedico(prevenzione danni secondari)

Recupero autonomia
completa

Recupero funzionale
sufficiente
per rientro a domicilio

Persistenza
di medio-grave disabilità

Dimissione, con indicazione
ad
eventuali successivi controlli

Trattamento ambulatoriale
fino a massimo
recupero possibile

Ricovero in
Riabilitazione
(I o II livello)

Programmazione
controlli ambulatoriali

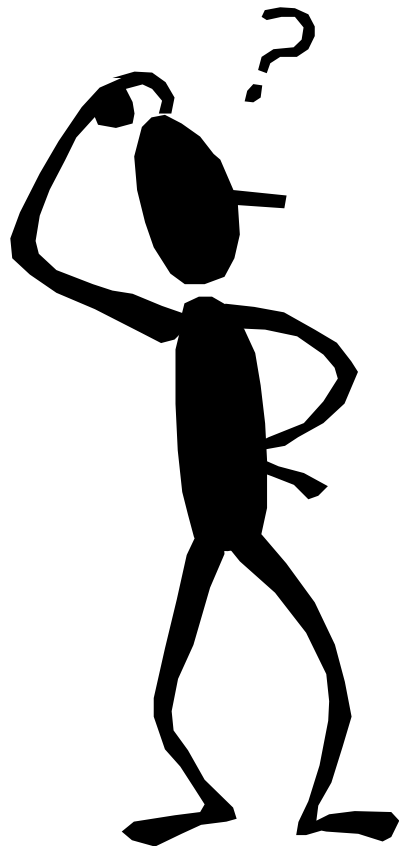
Dimissione
con attivazione
quanto necessario

Programmazione della fase degli esiti/mantenimento

- **Avviamento pratiche invalidità/inabilità temporanea al lavoro**
- **Prescrizione e collaudo ausili**
- **progettazione/realizzazione opportuni adattamenti ambientali (Servizio Ri-abilitazione domiciliare)**
- **Programmazione eventuale prosecuzione ambulatoriale presso sede più vicina al domicilio**
- **Collegamento con Servizi Sociali o Servizio Disabilità Età Adulta per programmazione riabilitazione ecologica o attività occupazionali**
- **Collegamento con il SIL se necessità reintegrazione lavorativa**

Programmazione della fase degli esiti

- possibilità di supporto psicologico per paziente e/o familiari (colloqui individuali)
- proposta partecipazione attività associazioni
V(gruppi di autoaiuto ogni 15 gg, attività ricreative, di formazione ed informazione sulle gravi cerebrolesioni acquisite.....)



Grazie

È PER AMORE VOSTRO!
Prove Aperte
SOGNO DI UNA NOTTE DI MEZZA ESTATE
22 dicembre ore 20.30
Teatro Palladio a Fontaniva
Spettacolo Teatrale - Ingresso Gratuito

Regia: Mario De Marco - Altti: Maria Finco, Emma Frasson, Ana Mercedes Gonzalez Silva, Arianna Menardi, Chiara Salvato e Teresa Sgarbossa
Costumi: Renata Girardini - Tecnico: Andrea Birolo
Video: Istituto Rosselli Quarta BL di Castelfranco Veneto
Gli amanti: Michela Acqua, Maria Finco, Denis Marcato, Salvatore Miletì
I genitori: Nicola Casarotto, Lucia Martini
Mondo Magico: Carlo Battagello, Giulia Campagnolo, Juba Damiani, Loredana Formaggio, Martina Lago, Chiara Salvato, Teresa Sgarbossa, Eva Toffolon, Gloria e Chiara Geremia
Pubblico: Marta Baccega, Valentina Cita, Massimiliano Girotto, Marco Tapparelo, Francesca Laurenti, Luca Dalla Valle
Mondo Reale: Paola Mattiello

 Con il Patrocinio del
Comune di Fontaniva

Si ringraziano: il Comune di Fontaniva, il Presidente del Consiglio Comunale Luca Pandin,
il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione AUSLSS 6 - Distretto 4 e l'Associazione Vivamente ONLUS.
Per maggiori informazioni visitate la nostra pagina Facebook: È PER AMORE VOSTRO!
Oppure scrivete una mail a: demarcomarlops@hotmail.com

