

Riskklassificeringssystem för spasticitet efter stroke (Post-Stroke Spasticity, PSS)

Detta verktyg rekommenderas av experter inom området strokerehabilitering och neurorehabilitering vid utvärdering av patienter som genomgått en stroke, med fördel inom de första 12 veckorna efter post stroke. Det kan också användas vid andra tidpunkter. Det rekommenderas att detta screeningverktyg används under regelbundna uppföljningsbesök efter en stroke för att identifiera och hantera symptom på PSS.

NÄSTA STEG

Remittera till spasticitetsspecialist

Om båda de följande kriterierna är uppfyllda:

1. Måttlig, uttalad eller svår ökad muskelstelhet i två eller fler leder^{a,1,2}
2. Svår förlust av sensorimotorisk funktion (t.ex. allvarligt minskad sensibilitet, försämrade proprioception och svår motorisk dysfunktion)^{b,3,4}

- Sätt snabbt in fysioterapi (utvärdering och behandling)
- Remittera omedelbart patienten till läkare eller annan vårdpersonal som är specialist i spasticitet^{8,9}

Rådgör med multidisciplinärt team (MDT)

Vid lätt ökad muskeltonus i en led och ofrivilliga muskelsammandragningar i den berörda extremiteten^{c,1} **plus ett eller flera av följande:**

1. Minskad känslighet på ena sidan av kroppen och/eller försämrade visuell uppmärksamhet^{d,1,5}
2. Svaghet i extremiteterna och problem med funktionen som orsakar svårigheter inom det aktiva rörelseområdet och/eller det dagliga livet^{e,1,2,6,7}
3. Lesion i det kortikospinalaområdet* som är synlig på CT- och/eller MR-bilder¹

- Sätt in fysioterapi och rådgör med MDT^{9,10}
- Om patienten fortfarande är i din vård och symptomen inte avklingar ska patienten remitteras till en specialist på spasticitet. Efterfråga bedömning av patienten och att de bedömer patienten och fattar beslut om ytterligare intervention krävs⁸

Regelbunden övervakning

Övervaka regelbundet (ny bedömning inom tre till sex månader) om patienten har bestående problem med fingerfärdigheten i frånvaro av ökad tonus*

- Remittera till fysioterapeut eller arbetsterapeut för behandling och/eller egenstretchningsprogram⁸
- Patienten ska utvärderas inom tre månader och övervakas av fysioterapeut eller arbetsterapeut med erfarenhet av strokevård*
- Ge patienten, anhörig och vårdare information om vård efter en stroke och relevanta kontakter⁹

Möjliga ytterligare riskfaktorer för utveckling av PSS omfattar: Rökning (definierad som nuvarande eller före detta rökare)^{1,11} | Vänstersidig stroke¹ | Ökade manuella aktiviteter före stroke¹

Brådskande remittering

Rutinmässig remittering

Regelbunden övervakning

- * Based on the clinical expertise of Dr Rhoda Allison, Dr Ganesh Bavikatte, Professor Philippe Marque, Associate Professor Barry Rawicki, Dr Maria Matilde de Mello Sposito, Dr Paul Winston & Professor Jörg Wissel.
- a** Mildly increased muscle stiffness is a Modified Ashworth Scale (MAS) 1 or +1, while moderately is MAS 2, markedly is MAS 3 and severe is MAS 4*. (See Bohannon RW *et al.* 1987 for more information)¹².
- b** Measured using the Fugl-Meyer Upper Extremity Scale³ (see Fugl-Meyer AR *et al.* 1975 for more information)⁴.
- c** Muscle contractions may occur due to spasms, disturbed reciprocal inhibition or spastic dystonia and should be differentiated from contractures.
- d** Visual inattention includes hemianopsia, scotoma or visual neglect.
- e** Can be measured with the Barthel Index (low score) and EQ-5D (low score)¹.

REFERENCES

1. Wissel J, Verrier M, Simpson DM *et al.* Post-stroke spasticity: Predictors of early development and considerations for therapeutic intervention. *PM R* 2015; 7: 60-67.
2. Sunnerhagen KS. Predictors of spasticity after stroke. *Curr Phys Med Rehabil Rep* 2016; 4: 182-185.
3. Opheim A, Danielsson A, Murphy MA *et al.* Early prediction of long-term upper limb spasticity after stroke. *Neurology* 2015; 85: 873-880.
4. Fugl-Meyer AR, Jääskö L, Leyman I *et al.* The post-stroke hemiplegic patient. *Scand J Med* 1975; 7: 13-31.
5. Wilkinson D, Sakel M, Camp SJ *et al.* Patients with hemispatial neglect are more prone to limb spasticity, but this does not prolong their hospital stay. *Arch Phys Med Rehabil* 2012; 93: 1191-1195.
6. de Jong LD, Hoonhorst MH, Stuive I *et al.* Arm motor control as predictor for hypertonia after stroke: A prospective cohort study. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92: 1411-1417.
7. Nijland RH, va Wegen EE, Harmeling-van der Wel BC *et al.* Presence of finger extension and shoulder abduction within 72 hours after stroke predicts functional recovery: early prediction of functional outcome after stroke: the EPOS cohort study. *Stroke* 2010; 41: 745-750.
8. Wissel J, Ward AB, Erztgaard P *et al.* European consensus table on the use of botulinum toxin type A in adult spasticity. *J Rehabil Med* 2009; 41: 13-25.
9. NICE Pathways: Stroke overview, available at: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/stroke#path=view%3A/pathways/stroke/movement-difficulties-after-a-stroke.xml&content=view-node%3Anodes-lower-limb>. [Last accessed: April 2018].
10. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B *et al.* Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke* 2005; 36: e100-43.
11. Leathley MJ, Gregson JM, Moore AP *et al.* Predicting spasticity after stroke in those surviving to 12 months. *Clin Rehabil* 2004; 18: 438-4.
12. Bohannon RW and Smith MB. Interrater reliability of a Modified Ashworth Scale of muscle spasticity. *Phys Ther* 1987; 67: 206-207.