

Problematika spastické parézy u pacientů s roztroušenou sklerózou

MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D., Mgr. Ota Gál, Ph.D.
Rehabilitační oddělení Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd,
I. LF UK a VFN v Praze

Spastická paréza se u nemocných s roztroušenou sklerózou (RS) vyskytuje až v 90 %. Jedná se o kombinaci ochrnutí (parézy), zkrácení měkkých tkání a zvýšené svalové aktivity, kterou pacienti nejčastěji popisují jako ztuhlost svalů. Tyto příznaky se vzájemně významně ovlivňují a vedou k nepoužívání postižených končetin až celkové inaktivitě, což spastickou parézu dále prohlubuje. Někdy se také v literatuře pro zvýšenou svalovou aktivitu používá v širším slova smyslu termín spasticita.

Pro spastickou parézu u RS bývají typické následující poruchy:

- ▶ Zhoršování parézy, zvýšené svalové aktivity i zkrácení na podkladě progresivního charakteru onemocnění RS.
- ▶ U pacientů s postižením levé nebo pravé poloviny těla (hemiparéza) je častá ztuhlost svalů, které narovnávají (extendují) koleno. Proto je často velmi obtížné kolenní klouby pokrčit při přesunech na vozíku nebo při chůzi. Chůze je následně velmi toporná a energeticky náročná. U pacientů s postižením obou dolních končetin (paraparéza) ovšem bývají spastické spíše svaly na zadní straně stehna, které potom koleno při chůzi spíše pokrčují (flektují) a na dolní končetinu není možné se dobře postavit a přenést váhu do dalšího kroku.
- ▶ Zakopávání při chůzi, které může být způsobeno zvýšenou svalovou aktivitou a zkrácením zadního lýtkového svalu.
- ▶ Zvýšená svalová aktivita a ztuhlost svalů, které přitahují stehna k sobě. To může vést k typické nůžkovité chůzi, která je pomalá a energeticky náročná. Může také docházet k překřížování dolních končetin při chůzi, což narušuje stabilitu. Výrazná oboustranná spasticita adduktorů může být rovněž zdrojem potíží při osobní hygieně.
- ▶ Spojení zvýšené svalové aktivity s bolestivými spasmy (často nočními), které dále zhoršují únavu a kvalitu života.
- ▶ Riziko rozvoje fixních kontraktur a trvalých deformit kloubů při progresi zvýšené svalové aktivity a zkrácení svalů.
- ▶ Postupné narůstání subjektivního pocitu slabosti v průběhu pohybu (především při chůzi), podmíněné kromě spastické parézy (zejména tzv. spastické ko-kontrakce) i únavou.



Metodou první volby ke snížení svalové hyperaktivity je kombinace lokální chemodenervace pomocí botulotoxinu A či farmakoterapie, v případě těžké generalizované spasticity aplikace intratekálního baklofenu pomocí pumpy. Fyzioterapeutickými postupy je možné hyperaktivitu snížit pouze krátkodobě a využít přitom lze lokální i komplexní postupy nebo jejich kombinace.

Hlavním úkolem fyzioterapie zůstává ovlivnění rozvoje kontraktur a zlepšení parézy. Prevenci a léčbu zkrácení měkkých tkání a kontraktur je nutné zahájit již v časně fázi nemoci. Zásadní je využití statického prolonovaného strečinku, případně ortéz umožňujících progresivní zvyšování rozsahu pohybu. Základem tohoto typu strečinku je každodenní pomalé protažení v delším časovém intervalu (cca 10 min na každou svalovou skupinu, kterou chceme protáhnout) na hranici aktuálně dosažitelného pasivního rozsahu pohybu, kdy protažení pacienta ještě nebolí, ale již cítí tah ve svalu.

Efekt na parézu mají postupy, které splňují následující podmínky: vysoká intenzita (té lze dosáhnout buď navýšením počtu opakování, a tedy délky terapie, nebo obtížnosti prováděného úkolu, např. zvýšením rychlosti a amplitudy pohybu nebo kladením odporu), specifická (zlepší se pouze to, co trénujeme) a dlouhodobá pravidelnost cvičení (v řádu let). U pacientů s RS je ale třeba současně dbát na bezpečnost intervence. Prokazatelně bezpečná je střední intenzita aerobně-posilovacího tréninku. Intenzitu dále zvyšujeme individuálně dle tolerance, ideálně s monitorací tepové frekvence. Z fyzioterapeutických technik má podle evidence efekt na spastickou parézu trénink orientovaný na konkrétní úkol, Constraint-Induced terapie, Treadmill trénink, roboticky asistovaná terapie, virtuální realita, cvičení v představě, aerobně-posilovací trénink (optimálně formou kruhového tréninku) aj. Posilovací trénink nezhoršuje spasticitu.

Jako kompenzaci za nedostatečnou dorzální flexi v hleznu lze použít dynamické externí nebo statické interní hlezenní ortézy, případně funkční elektrickou stimulaci m. tibialis anterior.