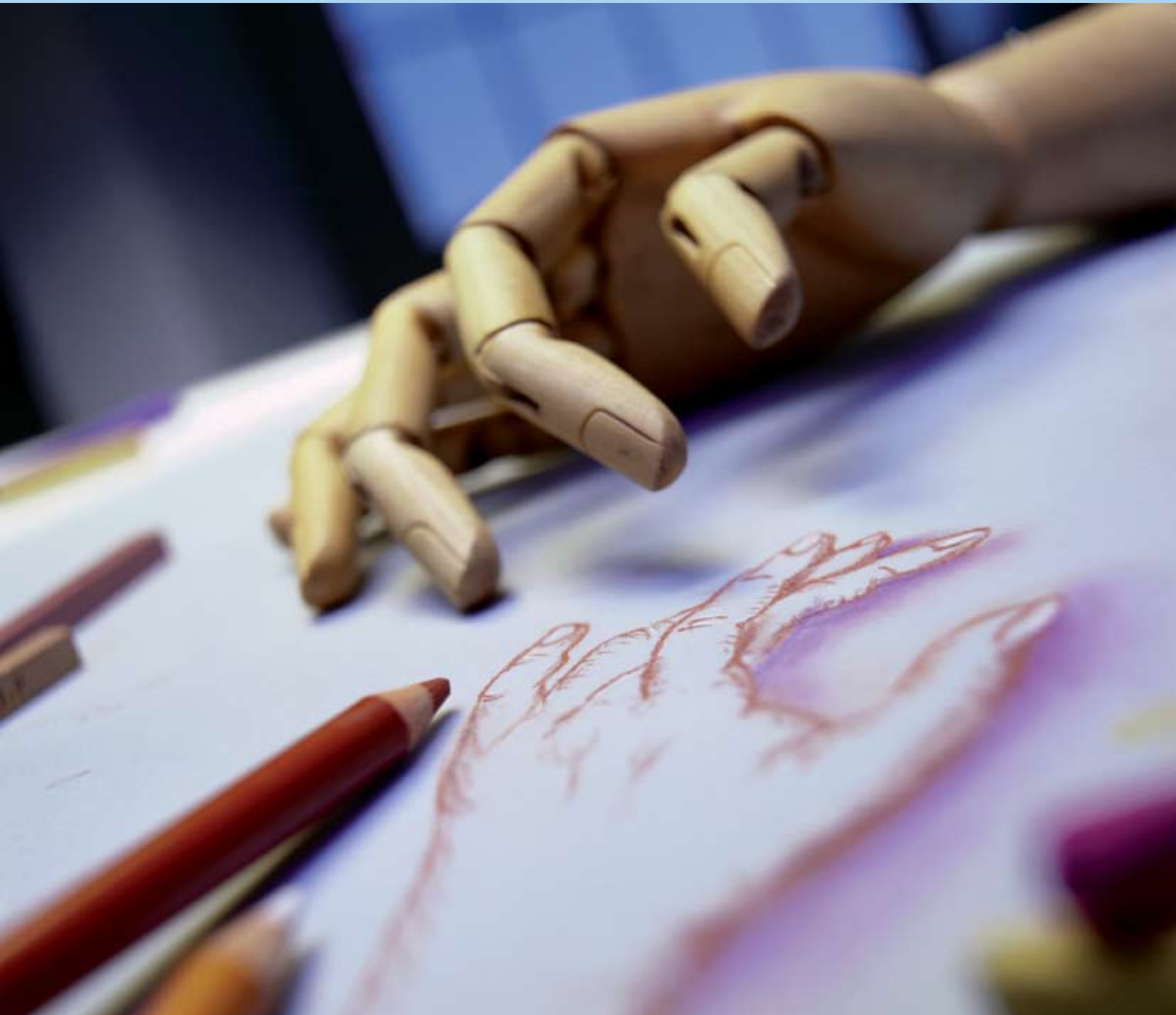


MS *in focus*

Editie 12 • 2008

● Spasticiteit bij MS



multiple sclerosis
international federation

Redactie

Multiple Sclerosis International Federation (MSIF)

De MSIF vervult wereldwijd een voortrekkersrol in de strijd tegen MS door onderzoek naar de oorzaken en behandeling van MS te stimuleren en de kwaliteit van leven van MS-patiënten te verbeteren. Daartoe werkt de organisatie op unieke wijze samen met nationale MS-verenigingen, zorgprofessionals en de internationale wetenschappelijke gemeenschap.

Onze doelen zijn:

- ondersteuning bieden voor de ontwikkeling van effectieve nationale MS-verenigingen
- de overdracht van kennis, ervaring en informatie omtrent MS bevorderen
- wereldwijd de belangen behartigen van mensen die lijden aan MS
- onderzoek naar de oorzaken, behandeling en genezing van MS stimuleren

Bezoek onze website op www.msif.org



Deze Nederlandse versie van MS in Focus editie 12 wordt u aangeboden door MS Nederland. MS Nederland is een samenwerkingsverband van MS Vereniging Nederland, MS Research, MS web en het Prinses Beatrix Fonds. De uitgave is financieel mogelijk gemaakt door Stichting MS Research.

Ontwerp en productie:

Cambridge Publishers Ltd, 275 Newmarket Road, Cambridge, CB5 8JE, Verenigd Koninkrijk, +44 (0)1223 477411, info@cpl.biz, www.cpl.biz

ISSN1478467x

© MSIF

Hoofredacteur en projectleider Michele

Messmer Uccelli, MA, MSCS, afdeling Sociaal en Gezondheidsgerelateerd Onderzoek, Italiaanse MS-vereniging, Genua, Italië.

Adjunct-hoofredacteur Melanie Hook, publiciteits- en communicatie manager, Multiple Sclerosis International Federation / Lucy Summers, publicatie manager, Multiple Sclerosis International Federation.

Redactieassistent Silvia Traversa, projectcoördinator, afdeling Sociaal en Gezondheidsgerelateerd Onderzoek, Italiaanse MS-vereniging, Genua, Italië.

Redactielid namens de Internationale Medische en Wetenschappelijke Raad Chris Polman, arts, hoogleraar neurologie, VU Medisch Centrum, Amsterdam.

Redacteuren

Nancy Holland, EdD, gediplomeerd verpleegkundige, MSCN, adjunct-hoofd klinische programma's, Amerikaanse MS-vereniging, Verenigde Staten.

Martha King, adjunct-hoofd periodieke publicaties, Amerikaanse MS-vereniging, Verenigde Staten.

Elizabeth McDonald, MBBS, FAFRM, RACP, medisch directeur, Australische MS-vereniging, Australië.

Nicole Murlasit, hoofredacteur van tijdschrift Neue Horizonte, Oostenrijkse MS-vereniging, Oostenrijk.

Izabela Odrobinska, vicevoorzitter Poolse MS-vereniging, Polen.

Dorothea Pfohl, gediplomeerd verpleegkundige, BS, MSCN, MS-verpleegkundige, klinisch coördinator, Comprehensive MS Center van de afdeling Neurologie van het University of Pennsylvania Health System, Verenigde Staten.

Paul Van Asch, directeur Fysiotherapie, Nationaal MS-centrum, Melsbroek, België

Nicki Ward-Abel, lecturer-practitioner MS, Birmingham City University, Birmingham, Verenigd Koninkrijk.

Van de redactie



Spasticiteit is een onvoldoend erkend, maar uiterst veelvoorkomend verschijnsel bij MS. Geschat wordt dat wel 85 procent van de MS-patiënten in enige mate last heeft van spasticiteit. Het kan een invaliderend verschijnsel zijn met een negatief effect op de deelname van de patiënt aan gezinsleven, werk, sociale interactie en intieme relaties. Daarnaast kan het de zelfstandigheid en het zelfbeeld van de patiënt aantasten. Ineffectief behandelde spasticiteit kan ernstige complicaties op de lange termijn met zich meebrengen en ook andere verschijnselen lastiger te behandelen maken.

Gezien de verstrekende gevolgen, is tijdige beoordeling en behandeling door klinische professionals met specifieke kennis van spasticiteit cruciaal. Een uitgebreide beoordeling van spasticiteit omvat niet alleen een evaluatie van de lichamelijke veranderingen waarmee het verschijnsel gepaard gaat, maar vergt ook inzicht in de leefstijl, copingstrategieën, verwachtingen en persoonlijke doelen van de betreffende persoon.

Farmacologische mogelijkheden en andere behandelopties bij spasticiteit kunnen voor veel mensen effectief zijn. Anderzijds veroorzaken sommige geneesmiddelen bijwerkingen die toepassing van die middelen bij anderen uitsluiten. Wanneer spasticiteit niet met succes kan worden behandeld met orale geneesmiddelen, kan het nodig zijn andere strategieën als chirurgie te overwegen. Gelukkig zijn er verschillende keuzemogelijkheden, die door de MS-patiënt, diens gezin en het zorgteam gezamenlijk kunnen worden beoordeeld.

Een belangrijk thema in dit nummer van *MS in focus* is de interdisciplinaire benadering van de beoordeling, de goal setting en de behandeling op het gebied van spasticiteit. De bijdragen worden geleverd vanuit allerlei professionele achtergronden, waaronder verpleegkunde, geneeskunde, revalidatie en wetenschappelijk onderzoek. Deze combinatie van expertise biedt een brede visie op spasticiteit in een taal die toegankelijk is voor zowel zorgprofessionals als MS-patiënten.

Ik zie uit naar uw reactie.

Michele Messmer Uccelli, hoofdredacteur

Inhoud

MS en spasticiteit - Inleiding	4
Wat is spasticiteit en wat is de oorzaak?	6
Beoordelen en meten van spasticiteit	9
Behandeling van spasticiteit	12
Revalidatie bij spasticiteit	15
Cannabinoïden en spasticiteit	19
Antwoorden op uw vragen	21
Interview: Giulio Adamo, Genua, Italië	22
Resultaten van de online-enquête naar spasticiteit	24
Recensies	25

Het volgende nummer van *MS in focus* zal gaan over ataxie en tremor. Vragen en opmerkingen over dit onderwerp kunt u sturen naar michele@aism.it of, per post, naar de Italiaanse MS-vereniging, Via Operai 40, Genua 16149, Italië, ter attentie van Michele Messmer Uccelli.

Mededeling van de redactie

De inhoud van *MS in focus* is gebaseerd op kennis en ervaring uit het beroepsveld. De redacteurs en auteurs streven ernaar relevante, actuele informatie te verstrekken. De hier verkondigde opvattingen en meningen zijn niet noodzakelijkerwijs die van de MSIF. De informatie in *MS in focus* is niet bedoeld ter vervanging van adviezen, voorschriften of aanbevelingen van artsen of andere zorgprofessionals. Voor specifieke, op de persoonlijke situatie gerichte informatie dient u uw zorgverlener te raadplegen. De MSIF verleent geen goedkeuring of ondersteuning aan specifieke producten of diensten en beveelt deze niet aan, maar geeft informatie om mensen te helpen zelfstandig besluiten te nemen.

MS en spasticiteit - Inleiding

Francois Bethoux, arts, Mellen Center for MS Treatment and Research, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, VS

Spasticiteit, waaronder hoofdzakelijk wordt verstaan een gevoel van spierstijfheid en onwillekeurige spierkrampen, is een goed beschreven gevolg van MS. Het kan worden vastgesteld en beoordeeld, voornamelijk op grond van gemelde verschijnselen en bevindingen bij klinisch onderzoek en zonder ingewikkelde tests. Er zijn effectieve behandelmogelijkheden voor beschikbaar. Hoewel het Amerikaanse Consortium of Multiple Sclerose Centers (CMSC) in 2003 richtlijnen voor de klinische praktijk heeft gepubliceerd inzake de behandeling van spasticiteit bij MS, blijft spasticiteit nog steeds onvoldoende herkend en wordt het probleem bij MS-patiënten dikwijls niet optimaal aangepakt.

Er zijn gegevens gepubliceerd waaruit blijkt dat spasticiteit vaak voorkomt bij MS-patiënten. In een groot onderzoek aan de hand van het register van het North American Research Consortium on Multiple Sclerosis (NARCOMS) onder meer dan 30.000 mensen, meldde 84 procent van de ondervraagden dat bij hen sprake was van spasticiteit. Mannelijk geslacht, hogere leeftijd en langere ziekteduur bleken gerelateerd te zijn aan een ernstiger vorm van spasticiteit. De mate van spasticiteit bleek daarnaast samen te hangen met de mate van invaliditeit als gevolg van MS.

De kwaliteit van leven kan worden aangetast door hinderlijke verschijnselen en functionele beperkingen, en ernstige spasticiteit kan zelfs leiden tot medische complicaties als huidbeschadiging of contracturen, waarbij een ledemaat in één houding kan blijven staan. Al deze elementen onderstrepen de noodzaak om spasticiteit en de gevolgen ervan te herkennen en aan te pakken. Soms is het echter moeilijk om te midden van de andere verschijnselen spasticiteit te herkennen. Zo kan een gevoel van stijfheid in de benen het gevolg zijn van

spasticiteit, maar ook van abnormale gewaarwordingen of van de zwakte die met MS gepaard gaat. Bovendien variëren de vorm en de ernst waarin spasticiteit optreedt enorm tussen MS-patiënten onderling en zelfs bij één enkele persoon in de loop van de tijd. Doordat spasticiteit voortdurend fluctueert en zich ontwikkelt, moet elk behandlungs- of revalidatieplan steeds worden aangepast aan de verschillende fasen die uniek zijn voor elke afzonderlijke patiënt, net als bij andere MS-gerelateerde verschijnselen.

De principes die worden toegepast bij de behandeling van MS in het algemeen, kunnen en moeten eveneens worden toegepast bij de behandeling van spasticiteit.

In veel gevallen zijn eerste interventies als rekoefeningen, lichaamsbeweging en revalidatie zinvol. Ze verhogen ook de potentiële werkzaamheid van andere interventies als medicatie, met name wanneer functieverbetering het doel is. Ook geneesmiddelen kunnen zinvol zijn en zijn doorgaans veilig, hoewel de dosering en timing zo goed mogelijk moeten worden afgestemd om potentiële bijwerkingen tot een minimum te beperken.

MS-patiënten en zorgverleners aarzelen soms om invasievere behandelingen te overwegen, zoals lokale injecties en intrathecale behandeling met baclofen (ITB, een onder de huid aangebrachte infusiepomp, zie pagina 15), hoewel deze zeer effectief kunnen zijn en goed worden verdragen. Waar mogelijk moet verwijzing naar een in spasticiteit gespecialiseerde kliniek met ervaring in de toepassing van dergelijke behandelingen worden overwogen, aangezien daarmee de kans op een succesvol resultaat vergroot wordt.

Samenvattend kan worden gesteld dat de principes



Italiaanse MS-vereniging

Oefeningen in een zwembad kunnen onderdeel zijn van een revalidatieprogramma.

die worden toegepast bij de behandeling van MS in het algemeen, eveneens kunnen en moeten worden toegepast bij de behandeling van spasticiteit: informatie en voorlichting, vroege opsporing, gedegen beoordeling, zorgvuldige planning van de behandeling en het formuleren van doelen en het blijven volgen in de loop van de tijd. Verder mogen we nooit vergeten dat, in sommige gevallen, ten minste enige spasticiteit behouden moet blijven om functieverlies te voorkomen. Voor sommige patiënten dient een zekere mate van spasticiteit namelijk als een functionele kruk die hen helpt bij het lopen of het uitvoeren van andere lichamelijke activiteiten.

Eén oplossing voor het verbeteren van de algehele behandeling van spasticiteit is het informeren van MS-patiënten, verzorgers en zorgprofessionals over het verschijnsel en de behandeling ervan. Dat is het doel van dit nummer van MS in focus. Na een overzicht van wat spasticiteit is en waardoor het wordt veroorzaakt, behandelt dit nummer van MS in focus eerst de methoden die worden gebruikt om de gevolgen van spasticiteit te beoordelen; daarna worden verschillende behandelmogelijkheden en de resultaten hiervan gepresenteerd. We hopen dat lezers ertoe worden aangezet op zoek te gaan naar aanvullende informatie of adviezen over dit probleem.

Wat is spasticiteit en wat is de oorzaak?

Brian Hutchinson, PT, MSCS (MS Certified Specialist), directeur van het Heuga Center for Multiple Sclerosis, Edwards, Colorado, VS

Inleiding

Spasticiteit komt algemeen voor bij personen met beschadiging van het centrale zenuwstelsel, zoals ruggenmergletsel, beroerte, gesloten hoofdletsel, cerebrale parese en MS. In een onderzoek in 2001 via het register van het North American Research Consortium on MS (NARCOMS) meldde ongeveer 85 procent van de MS-patiënten dat bij hen sprake was van een zekere mate van spasticiteit. Spasticiteit wordt in het algemeen gedefinieerd als zijnde 'snelheidsafhankelijk', wat betekent dat wanneer een snelle rekbeweging op een spier wordt uitgeoefend, de weerstand toeneemt. Voor mensen met MS-gerelateerde spasticiteit betekent dit doorgaans dat er sprake is van een verhoogde stijfheid of spanning in hun spieren, die vaak een negatieve invloed heeft op beweging. Andere componenten van een abnormale spiertonus, zoals spasmen, zijn ook mogelijk maar niet altijd aanwezig.

De grootste uitdaging bij de behandeling van spasticiteit is bepalen wat de optimale spiertonus voor een persoon is. In sommige gevallen kan een verhoogde spiertonus ondersteunend werken bij beweging, maar meestal heeft deze een negatieve invloed op de normale beweging van een persoon.

Welke mechanismen spelen hierbij een rol?

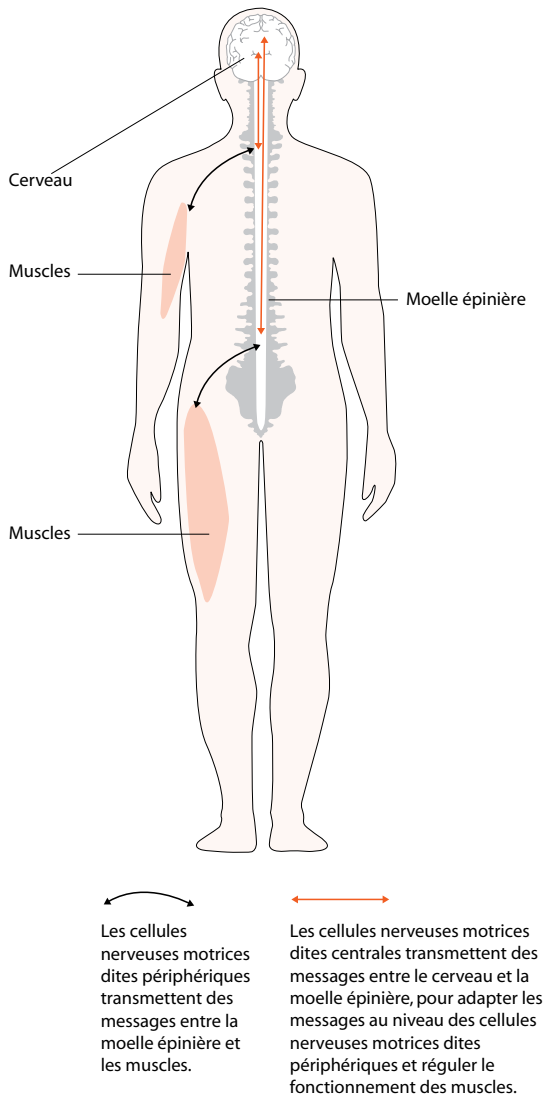
Bij MS wordt spasticiteit veroorzaakt doordat de zenuwgeleiding wordt onderbroken door een laesie in de hersenen of het ruggenmerg. Spasticiteit kan aanwezig zijn op elk moment tijdens het ziektebeloop (vroeg of late eerste manifestatie) en de verschijnselen kunnen variëren van licht tot ernstig. Spasticiteit is het gevolg van een verstoord evenwicht tussen excitatoire en inhibitoire signalen van

de hersenen en/of het ruggenmerg. Excitatoire signalen sturen boodschappen naar andere neuronen, waardoor deze tot actie worden aangezet, terwijl inhibitoire signalen het vuren van de neuronen stoppen en zo een respons onderdrukken en bijvoorbeeld voorkomen dat een volle blaas spontaan wordt gelegeerd. De primaire theorie luidt dat de inhibitoire signalen langs het ruggenmerg en in de hersenen worden onderbroken, met als gevolg een verhoogde prikkeling en dus een verstoord evenwicht.

Een interdisciplinair team is beter in staat doelen vast te stellen en de aanpassingen te realiseren die noodzakelijk zijn voor een optimale behandeling van spasticiteit.

De zenuwbaan die hersenen en ruggenmerg met elkaar verbindt, bestaat uit de bovenste motorische neuronen. De baan tussen het ruggenmerg en de spieren bestaat uit de onderste motorische neuronen. Spasticiteit is het gevolg van een 'upper motor neuron-syndroom (UMN-syndroom)'. De onderbreking van signalen ten gevolge van MS-laesies betekent dat de bovenste motorische neuronen niet langer boodschappen kunnen doorgeven aan de onderste motorische neuronen. De onderste motorische neuronen kunnen vervolgens overactief en overgevoelig worden, en zo stijfheid of spasmen in de spieren veroorzaken.

Andere, vaak optredende verschijnselen bij UMN-syndromen zijn onder meer een verhoging van de diepe peesreflexen of hyperreflexie, zoals overactieve of overgevoelige reflexen, verminderde kracht, coördinatie en motorische controle, en zelfs het verschijnen van primitieve reflexen, ofwel reflexmatige handelingen die bij jonge kinderen algemeen voorkomen (zoals de zuigreflex, waarbij baby's op



Afbeelding: auteursrecht MS-vereniging VK, 2006

De boodschappen die onze spieren aansturen.

alles zuigen wat in aanraking komt met hun mond), maar doorgaans verdwenen zijn op volwassen leeftijd.

Niet alleen met spasticiteit, maar ook met andere aspecten van abnormale spiertonus moet rekening worden gehouden. Dit kunnen bewegingsstoornissen zijn als dystonie, waarbij onwillekeurige spiercontracties optreden die trekkingen of herhaalde bewegingen veroorzaken of het lichaam in ongebruikelijke houdingen dwingen. Spiertonusafwijkingen kunnen daarnaast een 'niet-neurale' component omvatten, zoals veranderingen in spieren of bindweefsel. Een voorbeeld hiervan is een contractuur, waarbij een spier of bindweefsel korter wordt, waardoor het strekvermogen van de spier verandert. Bij het opstellen van een behandelplan is het belangrijk alle aspecten van abnormale spiertonus

vast te stellen, aangezien de oorzaak de leidraad vormt voor de behandeling.

Wat spasticiteit doet

Spasticiteit tast de lichaamsfuncties aan zoals die worden geïdentificeerd aan de hand van de Internationale Classificatie van Functioneren (ICF). Het kan beperkingen veroorzaken in activiteiten of participatie, voornamelijk als gevolg van het effect op functionele beweging.

Het grootste probleem bij de behandeling van spasticiteit is bepalen wat de optimale spiertonus voor een persoon is.

Enkele van de schadelijke gevolgen van spasticiteit zijn onder meer:

- verstoring van de mobiliteit, van het vermogen het lichaam te oefenen en van het bewegingsbereik van gewrichten
- een negatieve invloed op uithoudingsvermogen en energieverbruik
- verstoring van activiteiten van het dagelijkse leven
- ongemak of pijn
- verstoorde slaap
- verzwaring van de taak van verzorgers (bijvoorbeeld bij verplaatsing of hygiëne).

Deze factoren kunnen bijdragen aan een vermindering van de zelfstandigheid en een verminderde kwaliteit van leven en kunnen van invloed zijn op de rol van een persoon binnen het gezin, zoals optreden als ouder.

Spasticiteit kan fluctueren als gevolg van externe factoren. Zo kunnen hoge temperaturen bij MS-patiënten een vermindering in spasticiteit veroorzaken, terwijl infecties en schubs juist gepaard kunnen gaan met een aanzienlijke toename in spasticiteit. Het is belangrijk dat iemand wordt behandeld als er sprake is van grote veranderingen in spasticiteit, maar eerst moet de oorzaak van de verandering worden vastgesteld. Als deze verband houdt met een infectie, is het essentieel deze infectie eerst te behandelen. Hetzelfde geldt voor huidbeschadiging of een MS-schub. Eventuele



Tuinieren, lichaamsbeweging en activiteiten van het dagelijkse leven kunnen door spasticiteit worden verstoord.

resterende verergeringen na behandeling van de 'oorzaak' moeten vervolgens worden aangepakt door middel van een aanvullende beoordeling en behandeling van de spasticiteit.

Behandelen van spasticiteit

Het is met name belangrijk de behandeling van spasticiteit te benaderen via een interdisciplinair team (neuroloog, verpleegkundige, revalidatiearts en andere revalidatiespecialisten), inclusief de patiënt en diens verzorger. Een interdisciplinair team is beter in staat doelen vast te stellen en de aanpassingen te realiseren die noodzakelijk zijn voor een optimale behandeling van spasticiteit.

De doelen van spasticiteitbehandeling moeten gericht zijn op verbetering van functie en comfort, en de respons van een persoon op interventies als geneesmiddelen, revalidatie of chirurgie moet nauwlettend worden gevolgd. Met nauwlettende monitoring en de betrokkenheid van een interdisciplinair team kunnen aanpassingen worden doorgevoerd afhankelijk van veranderingen in spasticiteit en functie. Doseringen van medicatie kunnen worden verhoogd of verlaagd, geschikte aangepaste hulpmiddelen kunnen worden aanbevolen en er kunnen

oefeningen worden voorgeschreven. Daarnaast kunnen andere interventies worden onderzocht.

Bij de behandeling van spasticiteit is het belangrijk de aandacht te richten op het onder controle brengen en niet noodzakelijkerwijs op het doen verdwijnen van de spasticiteit, aangezien sommige personen bij functionele bewegingen gebruik maken van hun spasticiteit. Bij mensen die zich slechts beperkt kunnen bewegen, kan spasticiteit bovendien de bloedsomloop ondersteunen dankzij aanhoudende spiercontracties die het terugstromen van het bloed naar het hart bevorderen.

Conclusie

MS-patiënten kunnen tijdens het beloop van de ziekte te maken krijgen met een groot aantal verschillende verschijnselen, en spasticiteit is een van de meest voorkomende. Spasticiteit is echter dikwijls een behandelbaar verschijnsel en kan vaak dusdanig onder controle worden gehouden dat de negatieve effecten op de algehele functie afnemen. Een teambenadering kan bijzonder effectief zijn voor een juiste identificatie, het adequaat formuleren van doelen en passende interventies.

Beoordelen en meten van spasticiteit

Louise Jarrett, netwerkcoördinator
motorneuronziekten, Plymouth National
Health Service, Devon, Verenigd Koninkrijk

Spasticiteit, omschreven als onwillekeurige spierstijfheid, is een van de verschijnselen die onder de gezamenlijke noemer 'upper motor neuron-syndroom' vallen. Vaak hebben mensen met spasticiteit ook last van spasmen en spierzwakte. Ze beschrijven hun aangedane ledematen of romp als stijf of moeilijk te bewegen en maken melding van een 'trekkend' of 'rukkend' gevoel dat pijnlijk kan zijn.

De hevigheid van de verschijnselen varieert van persoon tot persoon, van dag tot dag en van uur tot uur en kan van invloed zijn op een groot aantal dagelijkse activiteiten. Zo kan spasticiteit inwerken op lichamelijke activiteiten als lopen, transfereren (bijvoorbeeld van een zittende naar een staande positie), seksuele activiteit, wassen, aankleden en het oppakken van voorwerpen. Door spasmen of een voortdurend slechte houding kan, wanneer een persoon zit en ligt, ook zijn of haar veiligheid in gevaar worden gebracht. De aanhoudende aanwezigheid van spasticiteit en spasmen kan worden beschreven als pijnlijk, hinderlijk, uitputtend of gênant en kan een emotionele impact hebben op bijvoorbeeld stemming, zelfbeeld of motivatie.

"Mijn spieren voelen altijd stijf aan; elke beweging voelt alsof ik door stroop moet duwen."
(Marion, MS-patiënt met spasticiteit)

Het is echter belangrijk te bedenken dat spasticiteit niet altijd negatief hoeft te zijn: sommige mensen kunnen staan, zich verplaatsen of lopen dankzij spasticiteit of spasmen van strekspieren. Daarnaast vinden sommige patiënten het prettig de beweging te zien en te voelen die een pijnvrij

spasme bij hen mogelijk maakt. Slecht gecontroleerde spasticiteit kan helaas leiden tot korter worden van spieren en het optreden van contracturen van pezen en weke delen, zoals wanneer een ledemaat in één positie wordt gefixeerd. Zodra er eenmaal sprake is van contracturen, zijn deze moeilijk te behandelen en kunnen ze belangrijke functionele implicaties hebben, in het bijzonder wat betreft het intact houden van de huid, de persoonlijke hygiëne en de lichaamshouding. Contracturen en spasmen kunnen leiden tot het ontstaan van drukzweren, die op hun beurt de spasmen en spasticiteit weer kunnen verergeren.

Spasticiteit kan op elk moment bij MS optreden en de behandeling ervan moet een weerspiegeling vormen van de in de loop van de tijd veranderende behoeften van de persoon in kwestie.

Spasticiteit en de bijbehorende verschijnselen kunnen op elk moment bij MS optreden en de behandeling ervan moet overeenkomen met de in de loop van de tijd veranderende behoeften van de persoon in kwestie. Deze variabiliteit in verschijningsvorm en individuele verwachtingen maakt de behandeling van spasticiteit tot een uitdaging. De behandeling zou gericht moeten zijn op het behouden van een evenwicht tussen enerzijds het handhaven van de functie en anderzijds het minimaliseren van het effect van zwakte, pijn en andere verschijnselen.

Wat is het doel van het beoordelen en meten van spasticiteit?

De wijze waarop spasticiteit en spasmen worden ervaren, varieert van persoon tot persoon. Om de invloed te beoordelen op de leefstijl van elk individu, moeten zorgprofessionals een proces

van gedetailleerde evaluatie of beoordeling in gang zetten. De bij dit proces verkregen informatie vormt tevens de leidraad voor een passende en tijdige selectie van verschillende behandelingen.

Wat houdt evaluatie in?

Het evaluatieproces omvat twee geïntegreerde fasen: om te beginnen een bespreking van de voorgeschiedenis van de persoon, diens huidige copingstrategieën, verwachtingen en toekomstige plannen met betrekking tot de leefstijl, en op de tweede plaats een fysieke beoordeling van zowel actieve als passieve bewegingen, inclusief het noteren van de uitkomstmaten. Deze fasen zullen tijdens de samenwerking tussen de zorgprofessional en de persoon met de spasticiteit voortdurend evolueren.

Aandacht voor terminologie

De gebruikte terminologie tussen zorgprofessionals en personen met spasticiteit moet altijd worden verduidelijkt om verwarring en een verkeerde interpretatie van verschijnselen te voorkomen. Zo kan iemand zeggen dat zijn ledematen 'zwaar' aanvoelen, maar dit kan verwijzen naar zowel zwakte als stijfheid en moet dus verder worden toegelicht.

Er bestaat niet één instrument waarmee spasticiteit afdoende kan worden gemeten.

Specifieke graadmeters voor spasticiteit

Over beoordelingsschalen voor spasticiteit is een overvloed aan literatuur verschenen. Deze beoordelingsschalen, die in drie domeinen worden ingedeeld, te weten klinisch, biomechanisch en neurofysiologisch, zijn onlangs uitgebreid tegen het licht gehouden.

In deze reviews is vastgesteld dat er niet één instrument bestaat waarmee spasticiteit afdoende kan worden gemeten. In de praktijk is vaak een reeks beoordelingsschalen (afbeelding 1) noodzakelijk om verschillende aspecten van spasticiteit weer te geven.

Het doel van meting

Het doel van het meten van spasticiteit is het vergelijken van de ernst van iemands spasticiteit, spasmen en pijn in de loop van de tijd of voor en na bepaalde behandelingen als rekoefeningen of specifieke geneesmiddelen. In het geval van onderzoeken naar intrathecale geneesmiddelen kunnen metingen de MS-patiënt, zijn gezin en het zorgteam helpen in te schatten welke potentiële invloed voortzetting van intrathecale behandeling zal hebben.

Benadrukt moet worden dat het geen test is en dat er geen goed of slecht is.

Hoe voelt het om te worden gemeten?

Bij het meten let de zorgprofessional op de mate waarin hij of zij iemands ledematen kan bewegen en hoe het voelt wanneer hij of zij dit doet.

De zorgprofessional vraagt de persoon zich te concentreren op het voornaamste probleem en één ding te noemen dat zijn/haar huidige leefstijl zou kunnen verbeteren. Degenen die de metingen uitvoeren, wisselen numerieke scores uit, door bijvoorbeeld gebruik te maken van de Ashworth-schaal (afbeelding 1). Maar heel vaak zegt dit niets over hoe het voor de persoon met de spasticiteit is.

Deze kan zowel positief als negatief op het meetproces reageren. Positieve opmerkingen kunnen onder meer zijn: "Het voelt heerlijk om eens zo te worden uitgerekt, want dat is al in jaren niet meer gebeurd." Daarentegen kan iemand ook vragen: "Is dit goed of slecht?" of "Ben ik geslaagd voor de test – kan ik nu een baclofenpomp krijgen?"

Sommige mensen kunnen door de meting het gevoel krijgen dat ze een test ondergaan of beoordeeld worden. Het proces stimuleert hen zich te concentreren op hun mate van invaliditeit, wat emotioneel en uitdagend kan zijn, en soms verdriet kan veroorzaken.

Zorgverleners moeten alert zijn op dergelijke gevoelens en ondersteuning bieden door middel van voorlichting, medeleven en betrokkenheid om het meetproces zo goed mogelijk te laten verlopen.

Beoordelen en meten van spasticiteit als gelijkwaardige partners?

Voorlichting houdt in dat wordt uitgelegd waarom de meting nodig is, wat het nut ervan is voor de teambeoordeling en wat de rol van de betreffende persoon hierin is. Benadrukt moet worden dat het geen test is en dat er geen goed of slecht is.

Het is belangrijk hoe iemand actief bij het meetproces wordt betrokken. Bij patiënten met een sterk beperkte cognitieve functie is mogelijk creativiteit en flexibiliteit nodig om met hen te werken wanneer ze daar het best toe in staat zijn, bijvoorbeeld door het proces in kleine stukjes op te delen zodat ze niet te moe worden. De nauwe betrokkenheid van een familielid, vriend of verzorger kan nuttig zijn om een beeld te schetsen van de wijze waarop de uitkomst de leefstijl en zorg thuis kan beïnvloeden. Hun betrokkenheid vergt de nodige tact, aangezien het meetproces ook

invloed kan hebben op de manier waarop zij de invaliditeit van de patiënt zien. Meetinstrumenten waarbij sprake is van zelfrapportage, met name die waarbij gebruik wordt gemaakt van visuele en verbale analoge beoordelingsschalen, kunnen de betrokkenheid van de MS-patiënt of de verzorger bij het proces vergroten en hun het gevoel geven hiervan deel uit te maken. Bovendien kan de persoon in kwestie zich zo beter concentreren op veranderingen die hij/zij in het lichaam voelt of op de impact van spasticiteit op de leefstijl en een en ander duidelijker verwoorden.

Samenvattend kan worden gesteld dat voor een effectieve aanhoudende behandeling van spasticiteit zorgvuldige beoordeling en aandacht nodig zijn. Het gebruik van meetinstrumenten die de samenwerking met de persoon in kwestie, een familielid of verzorger en het zorgteam bevorderen, kan bijzonder nuttig zijn.

Afbeelding 1: Een voorbeeld van een reeks beoordelingsschalen die in de klinische praktijk worden gebruikt (Stevenson en Jarrett 2006)

BEOORDELINGSSCHAAL EN DOEL	BESCHRIJVING
Hoekmeting: voor het meten van het passieve en actieve bewegingsbereik (Norkin en White 1985)	Een hoekmeter met scharnierende lange armen wordt gebruikt voor het meten van de hoeken van een gewricht.
Het bereik van passieve heupabductie: voor het beoordelen van het gemak waarmee het onderlichaam kan worden gewassen en aangekleed (Hyman et al 2000)	Terwijl de persoon ligt worden de heupen passief geabduceerd en wordt de maximale afstand tussen de knieën gemeten met behulp van een meetlint.
Ashworth-schaal: voor de beoordeling van de stijfheid in de ledematen. Deze wordt beïnvloed door zowel neurale als niet-neurale veranderingen. (Ashworth 1964)	Een oplopende schaal voor de tonus met vijf gradaties van 0-4. De beoordelaar beweegt het ledemaat passief door het mogelijke bereik en beoordeelt de mate van stijfheid.
Schaal voor spasme frequentie volgens Penn: meet frequentie en type van spasmen (Penn et al 1989)	Een oplopende schaal (0-4) op basis van zelfrapportage over het aantal en het soort spasmen in een gemiddeld uur.
Numerieke schaal voor pijnintensiteit: meet frequentie en type van spasmen (Kremer et al 1981)	Een verbale analoge schaal waarbij de persoon zijn pijn moet beoordelen op een schaal van 0-10.
Numerieke schaal voor beenstijfheid:	Een verbale analoge schaal waarbij de persoon de mate van stijfheid moet beoordelen op een schaal van 0-10.
Goal setting	Vaststelling van een individueel doel dat wordt overeengekomen tussen het team en de MS-patiënt en dat is gericht op wat werkelijk een verschil zal maken voor de leefstijl, in plaats van alleen op veranderingen die tijdens een behandelsessie of ziekenhuisverblijf zichtbaar zijn.

Behandeling van spasticiteit

Thomas McNalley, arts, MA, universitair docent en Jodie Haslekorn, arts, MPH, directeur MS Center of Excellence West, Veterans Health Administration, en hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan de Universiteit van Washington, Seattle, Washington, VS

Het belangrijkste principe van de behandeling van spasticiteit is het ontwikkelen van redelijke en flexibele doelen gericht op specifieke manifestaties van spasticiteit – pijn, vermoeidheid, stijfheid of zwakte – en het veelvuldig, samen met de MS-patiënt herbeoordelen van de effectiviteit van behandelingen.

Spasticiteit kan invloed hebben op slechts enkele delen van het lichaam (focale spasticiteit) of op een groot aantal gebieden (gegeneraliseerde spasticiteit). Ze kan variëren van gering tot invaliderend, met een groot aantal gradaties daartussenin. Spasticiteit kan ook verergeren of verminderen. Veel MS-patiënten herkennen verhoogde spasticiteit als een teken van blaasinfectie of andere infectie, of van een toename van de kerntemperatuur van het lichaam als gevolg van koorts of overmatige lichaamsbeweging, of van een volle blaas of dikke darm.

Andere oorzaken van een verergering van spasticiteit zijn onder meer:

- schadelijke prikkels zoals huidlaesies
- een blaas- of niersteen
- fracturen
- strakke kleding
- menstruatie
- psychische stress
- extreme omgevingstemperatuur
- honger
- een MS-schub
- behandeling met bepaalde ziektemodificerende geneesmiddelen of antidepressiva.

Het is belangrijk dat MS-patiënten en hun zorgteam onderzoeken waarom spasticiteit plotseling toeneemt en de gevonden oorzaak op passende wijze behandelen.

Als er geen sprake is van recente veranderingen in de gezondheid die een toename van de spasticiteit zouden kunnen verklaren, is het verstandig na te denken



Het toepassen van een ijskompres kan lichte spasticiteit verminderen.

over verschillende benaderingen voor de behandeling van spasticiteit, en dit hoeft niet per se medicatie te zijn. Vaak is de eenvoudigste manier om spanning en pijn in spieren te verlichten voor veel mensen het doen van oefeningen voor het bewegingsbereik en van rekoefeningen. Het bewegingsbereik kan worden behouden met een regelmatig oefenprogramma voor thuis, een fysiotherapieprogramma voor thuis of een (sport-) bewegingsgroep. Ook is uit sommige onderzoeken gebleken dat ijs spasticiteit kan verminderen en dat het toepassen van lokale warmte kan helpen bij rekoefeningen, hoewel er geen consensus is over de vraag hoe vaak en hoe lang deze rekoefeningen moeten worden uitgevoerd.

Orale geneesmiddelen

Er zijn verschillende geneesmiddelen gebruikt voor de behandeling van gegeneraliseerde spasticiteit. Hoewel de respons op en de verdraagbaarheid van verschillende geneesmiddelen varieert, stellen de meeste artsen baclofen voor als eerstelijnsmiddel. Het werkt op het ruggenmerg om het lichaam te helpen bij het remmen van spierbeweging. Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat baclofen effectief pijn vermindert,

het lopen en de algehele functie verbetert en tevens de frequentie van spasmen vermindert.

Baclofen kan echter wel vermoeidheid, droge mond, duizeligheid en misselijkheid veroorzaken, en veel mensen zeggen dat baclofen bij hen niet werkt. Bij zorgvuldige beoordeling en als aandacht wordt geschonken aan dosis en timing, kunnen de resultaten echter positiever zijn. Een behandelingschema op papier, met geleidelijke verhoging van de doses aan de hand waarvan een MS-patiënt beter kan beoordelen wat de invloed van baclofen gedurende een bepaalde periode is, en met een regelmatige beoordeling kan ervoor zorgen dat de toepassing van baclofen veel meer succes heeft. Niettemin verdragen sommige MS-patiënten dan nog steeds de voor de werkzaamheid noodzakelijke dosis baclofen niet vanwege de bijwerkingen.

Een ander geneesmiddel dat artsen vaak voorschrijven, is tizanidine. Ook bij dit middel moet met een lage dosis worden gestart, en het blijkt in het bijzonder effectief te zijn tegen pijnlijke spasmen 's nachts. Net als baclofen kan het slaperigheid, droge mond, duizeligheid en vermoeidheid veroorzaken.

Diazepam is bij sommige mensen eveneens effectief voor de behandeling van spasticiteit. Het lijkt een hoger risico op slaperigheid en spierzwakte met zich mee te brengen en heeft de potentie afhankelijkheid en verslaving te veroorzaken, hetgeen invloed kan hebben op de therapietrouw.

Dantroleen kan worden gebruikt tegen spasticiteit; het werkt op de spieren waar het contracturen voorkomt. Niet alleen heeft het middel veel dezelfde bijwerkingen als diazepam, baclofen en tizanidine, maar gebruik van dantroleen maakt ook veelvuldige laboratoriumcontrole nodig om er zeker van te zijn dat de medicatie geen leverbeschadiging veroorzaakt. Vandaar dat dantroleen minder vaak wordt voorgeschreven dan de andere geneesmiddelen.

Andere geneesmiddelen die kunnen worden voorgeschreven, zijn onder meer clonazepam en gabapentine, hoewel ook hierbij de bijwerkingen problematisch kunnen zijn.

Voor sommigen kan een combinatie van behandelingen ook zinvol zijn. Deze benadering wordt steeds vaker door artsen toegepast.

Vaak is de eenvoudigste manier om spanning en pijn in spieren te verlichten voor veel mensen het doen van oefeningen voor het bewegingsbereik en rekoefeningen.

Lokale behandelingen voor spasticiteit

Voor mensen met spasticiteit van een klein gebied (focale spasticiteit) of bij wie geen verlichting wordt bereikt met orale geneesmiddelen, kunnen lokale injecties met botulinetoxine of fenol in de spieren de kwaliteit van leven verbeteren.

Een typisch voorbeeld van spasticiteit die te behandelen is met botulinetoxine, zou overactiviteit van de buigspieren van de pols zijn, waardoor het vermogen om te reiken naar voorwerpen en deze vast te pakken wordt verminderd. Het zwakker maken van deze spieren kan zowel functie als pijn verbeteren. Er zijn twee typen botulinetoxine: type A, in de Verenigde Staten bekend als Botox® en in Europa als Dysport®, en type B, Myoblock®. Een lokale injectie met botulinetoxine kan drie tot zes maanden effectief zijn en functionele activiteiten vergemakkelijken.

Blokkering van zenuwen via injectie van fenol of alcohol wordt minder vaak toegepast. Hierbij moet een punt worden gevonden waar zenuw en spier bij elkaar komen. Fenol wordt geïnjecteerd om de zenuwuiteinden in alleen dat gebied te vernietigen.

Zowel met fenol als met botulinetoxine zijn de effecten tijdelijk; het kan dus nodig zijn de injecties vaak te herhalen. Daarnaast kunnen mensen na verloop van tijd antilichamen tegen botulinetoxine aanmaken, waardoor het niet langer effectief is. Sommige mensen kunnen overstappen van type A- op type B-toxine om het therapeutisch effect te verlengen. Het geschikteste behandelplan is gewoonlijk het plan waarbij na de injectie met een fysio- en/of ergotherapeut wordt gewerkt aan verbetering van de functionele beweging van het betreffende gebied.

Chirurgie tegen spasticiteit

Orthopedisch chirurgen en neurochirurgen kunnen op twee manieren een rol spelen bij de behandeling van spasticiteit. In geval van spasticiteit die permanente misvorming heeft veroorzaakt, kan een chirurg pezen verlengen of gewrichten vastzetten, of op een

andere manier misvormingen aanpakken. Chirurgische correctie van misvorming in combinatie met de juiste revalidatie-interventies kan de tijd verlengen waarin iemand in een stoel kan zitten, huidbeschadiging of het opnieuw optreden hiervan voorkomen en pijn verminderen.

Chirurgen kunnen daarnaast een bijdrage leveren aan de zorg van een MS-patiënt die in aanmerking komt voor intrathecale baclofentherapie (ITB). Bij ITB wordt een katheter ingebracht in de ruimte rond het ruggenmerg binnen de ruggenmergsvliezen, maar deze behandeling is doorgaans voorbehouden aan personen met spasticiteit van de benen die niet voldoende reageren op medicatie of deze niet verdragen. De katheter is aangesloten op een pomp met reservoir die onder de huid van de buik is geplaatst. De pomp geeft het geneesmiddel rechtstreeks aan het ruggenmerg af, wat bij de meeste mensen verlichting van spasticiteit geeft zonder de bijwerkingen van de orale vorm van baclofen, zoals vermoeidheid en sufheid.

Hoewel ITB in eerste instantie voornamelijk werd gebruikt bij mensen met ernstige spasticiteit die niet meer konden lopen, wordt de therapie nu ook toegepast om bepaalde MS-patiënten te helpen beter te lopen. Beoordeling voor dit type ingreep dient in het ideale geval plaats te vinden in een MS-centrum of een kliniek waar ervaren zorgverleners en therapeuten eerste beoordelingen kunnen uitvoeren, testdoses kunnen uitproberen en deze kunnen aanpassen voor de beste functionele resultaten. Als een MS-patiënt

Het optimaliseren van de behandeling van spasticiteit kan een enorme impact hebben op de kwaliteit van leven van MS-patiënten.

en het zorgteam besluiten te onderzoeken wat ITB zou kunnen betekenen, krijgt de persoon eerst via een lumbaalpunctie een testdosis van de medicatie toegediend om de respons te meten. In geval van een goede respons wordt de persoon ingepland voor chirurgie om de pomp en de katheter permanent te implanteren. De medicatie wordt getitreerd om het beste effect te verkrijgen. Bijvulling vindt plaats via subcutane injectie in de poort van de pomp. De frequentie van het bijvullen varieert van maandelijks tot tweemaal per jaar, afhankelijk van de dosis die nodig is om een optimaal effect



Voor ITB worden een pomp onder de huid van de buik en een katheter in de ruimte rond het ruggenmerg binnen de ruggenmergsvliezen ingebracht.

te bereiken en van de grootte van het pompreservoir. Pompen kunnen vijf tot zeven jaar blijven zitten, waarna de batterijen leeg raken en moeten worden vervangen.

Het is belangrijk op te merken dat abrupt staken van behandeling met oraal of intrathecally baclofen kan leiden tot epileptische aanvallen. Degenen die ITB overwegen, moeten weten wat de waarschuwingssignalen zijn van een bijna leeg of lekkend reservoir. Ook doses oraal baclofen moeten onder deskundig medisch toezicht worden verlaagd.

Optimalisering van de behandeling van spasticiteit kan een enorme impact hebben op de kwaliteit van leven van MS-patiënten dankzij vermindering van pijn, zwakte en inefficiënt spiergebruik. Als bij iemand met MS sprake is van hinderlijke spasticiteit, kan de weg voor de effectiefste interventies en meest bevredigende uitkomsten worden bereid door samen met het zorgteam duidelijke doelen voor behandeling te stellen, behandelingen naar behoefte aan te passen en rekening te houden met het gegeven dat de spasticiteit in de loop van de tijd waarschijnlijk zal veranderen.

Revalidatie bij spasticiteit

Dr. Peter Feys, Universiteit Hasselt/Provinciale Hogeschool Limburg en Nationaal MS-centrum, Melsbroek, België en Paul Van Asch, directeur Fysiotherapie, Nationaal MS-centrum, Melsbroek, België, beiden voorzitter van de SIG Mobility Group, RIMS

De ernst van spasticiteit (licht, matig, ernstig), de verstoring van de lichaamsstructuur en functionele activiteiten en de verdeling van de aangedane spieren (benen, rug, armen) variëren bij MS-patiënten van persoon tot persoon. Revalidatie-interventies moeten gerichte informatie en behandelopties opleveren, gebaseerd op doelen die samen met de MS-patiënt zijn vastgesteld. Bedoeling is zelfmanagement te bevorderen.

Lichte spasticiteit en revalidatie

In het vroege stadium van MS maken MS-patiënten niet vaak melding van tekenen van spasticiteit, hoewel een therapeut deze vaak wel kan waarnemen. In dit vroege stadium wordt een algeheel niveau van fitheid geadviseerd, met een optimaal behoud van soepelheid van de spieren.

Door de patiënt zelf uit te voeren rek- en versterkende oefeningen

Een fysiotherapeut geeft richtlijnen voor het rekken van de spieren die geneigd zijn tot spasticiteit, zoals de quadriceps, hamstrings en kuitspieren. Tweemaal per week moet de patiënt zelf rekoefeningen doen, waarbij elke spier 30 seconden gerekt wordt en dat drie tot vijf keer, met aandacht voor uitademing tijdens het rekken. Rekoefeningen kunnen ook worden gedaan tijdens houdingen als de lotushouding waarbij het hele

lichaam betrokken is. Daarnaast kunnen zwakke spieren als hamstrings en voetspieren voor dorsaalflexie tijdens functionele activiteiten worden versterkt, bijvoorbeeld door het gebruik van elastische banden en/of gewichten of fitnessapparatuur.

Informatie over spasticiteit en andere MS-verschijnselen kan iemand met MS helpen te beoordelen of bewegingsafwijkingen MS-gerelateerd zijn of niet. Zo moet het krijgen van een stijve knie na uren lichamelijke arbeid in de tuin anders beoordeeld worden dan spontaan ervaren stijfheid in een knie.

Geschikte behandeling van matige spasticiteit

Na een paar jaar kan spasticiteit zich manifesteren als een verhoogde spiertonus en spierstijfheid die activiteiten zoals lopen kunnen verstoren. De betrokkene kan te maken krijgen met een binnenwaarts gedraaide voet, een stijve knie of een overmatig gestrekte romp tijdens het lopen.

De positieve en negatieve effecten van spasticiteit

Om te beslissen welke interventies in dit stadium nodig zijn, moet worden bepaald of de spasticiteit is opgetreden als compensatie van verminderde spierkracht dan wel spieren (zoals de buigspieren van de knie of de voetheffers) belemmert om gemakkelijk samen te trekken. Zo kan een stijve knie noodzakelijk zijn om te kunnen lopen wanneer de quadricepsspier te zwak is om gewicht te dragen. In dit geval kan vermindering van spasticiteit leiden tot een verminderd loopvermogen en mogelijk tot een grotere rolstoelafhankelijkheid. Er zijn ook mensen die de verhoogde spiertonus van de strekspieren van been en romp nodig hebben voor zelfstandige verplaatsing van rolstoel naar bed.

Behandelingsaanpak voor matige spasticiteit

Behalve door zelf of met hulp rekoefeningen te doen,



kan spasticiteit worden verminderd door tonusverminderende bewegingen (zoals gewichtsverplaatsing van het ene op het andere been, actief naar voren buigen, actief fietsen zonder weerstand, passief fietsen of paardrijden) en houdingen. In tonusverminderende houdingen moeten de spieren enige tijd (30 seconden) worden gerekt. Tonusverminderende houdingen kunnen worden toegepast om de kuit- en hamstringspieren te rekken of – met de patiënt in buikligging – voor langdurig rekken van de buigspieren van de heup. Er kunnen gewichten worden gebruikt om het effect te vergroten.

Waar mogelijk moeten zwakke spieren worden versterkt. Tijdens het lopen kan een eenvoudig orthese (een hulpmiddel dat kan worden gebruikt om een beweging te voorkomen of juist te ondersteunen) of een geavanceerdere techniek, zoals functionele elektrische stimulatie, helpen om een goede manier van lopen te bevorderen.

Ernstige spasticiteit

In een later stadium hebben MS-patiënten mogelijk een rolstoel nodig als gevolg van een uitgesproken

Revalidatie-interventies moeten gerichte informatie en behandelopties opleveren, gebaseerd op doelen die samen met de MS-patiënt zijn vastgesteld.

zwakte en stijfheid van de spieren en het verhoogde risico van spiercontracturen. Soms kunnen zich ook pijnlijke spasmen voordoen in de onderste ledematen.

Verergerende factoren en behandelingsaanpak

Spasticiteit en spasmen kunnen spontaan optreden of worden verergerd door sensibel contact, manipulatie met de hand, pijn, urineweginfecties of decubitus (drukschaden).

Het is belangrijk de verergerende factoren van deze verschijnselen te identificeren en hier duidelijk over te zijn tegenover de MS-patiënt en het multidisciplinaire team. Zo moet een urineweginfectie worden aange- toond en behandeld om verergering van spasticiteit te voorkomen of moet een familielid of verzorger worden geïnstrueerd hoe om te gaan met het been of andere lichaamsdelen die gevoelig zijn voor aanraking met de hand.

In dit stadium kan fysiotherapie daarnaast mobilisatie omvatten die erop gericht is spiercontracturen en stijve gewrichten te voorkomen en gemakkelijker zit- en lighoudingen mogelijk te maken en daarnaast de persoonlijke verzorging van de patiënt te vergemakkelijken (bijvoorbeeld aankleden en baden). De mobilisatie van benen, armen en romp vindt passief plaats of kan worden ingebouwd in actieve bewegingen. Daarnaast moet aandacht besteed worden aan mobilisatie van bindweefsel, zoals dat van de perifere zenuwen, door middel van zenuwglijfoefeningen, waarbij de zenuwweefsels worden gemobiliseerd in plaats van gerekt. Passieve mobilisatie moet langzaam worden uitgevoerd en voorzichtig worden volgehouden wanneer de natuurlijke grens van de spier of het gewricht wordt bereikt, met name in geval van gevoelsverlies.

Koelbehandeling is voorgesteld als middel om spasticiteit te verbeteren, hoewel degelijke wetenschappelijk onderzoeken met grote groepen proefpersonen ontbreken. Er zijn verschillende meningen over wat de meest effectieve koeltechnieken zijn, variërend van ijs en koudwaterbaden tot koelpakkingen en verkoelende



Italiaanse MS-vereniging

Een fysiotherapeut kan advies geven over verschillende rekoefeningen ter verlichting van spasticiteit.



Italiaanse MS-vereniging

In groepsverband rekoefeningen of andere oefeningen doen, kan sociale ondersteuning bieden.

kledingstukken die gebruik maken van circulerende koelmiddelen en op batterijen werken.

Wanneer iemand lange periodes in een rolstoel zit, bestaat er een hoger risico van een toename van de spiertonus en verkorting van de spieren (bijvoorbeeld van de heupbuigers en -adductoren). Revalidatie moet dan onder meer instructies omvatten om correct te zitten in een tonusverminderende lichaamshouding (bijvoorbeeld met de knieën uit elkaar). Tonusverminderende houdingen maken langdurige rekoefeningen van spastische spieren mogelijk en zijn effectief ter voorkoming van het korter worden van spieren. Een andere optie is het gebruik van een kanteltafel om de heupbuigers en de kuitspieren te rekken met behulp van lichaamsgewicht. Voor de armen kunnen individueel aangemeten spalken worden overwogen, bijvoorbeeld om een open stand van de hand te houden, wat belangrijk is voor de handhygiëne.

In dit stadium kan er sprake zijn van spiercontracturen (bijvoorbeeld van de hamstrings of buigspieren van de hand). Wanneer deze contracturen functionele activiteiten belemmeren, kunnen opeenvolgende tijdelijke gipsverbanden worden toegepast om een volledig bewegingsbereik terug te krijgen.

Conclusies

Revalidatie kan een leidraad vormen en behandeling bieden voor het verminderen van spasticiteit en het voorkomen van spiercontracturen en gewrichtstijfheid. Een multidimensionale beoordeling is echter noodzakelijk om de wisselwerking tussen spasticiteit en functionele mobiliteit te onderzoeken alvorens de beste revalidatiebenadering te kunnen kiezen. Vervolgens zijn revalidatie-interventies mogelijk naast farmacologische en neurochirurgische behandelingen.

Cannabinoïden en spasticiteit

Prof. Dr. Paul Smith, hoogleraar neurofarmacologie, afdeling Farmacologie en Toxicologie, School of Medical Sciences, University of Otago Medical School, Dunedin, Nieuw-Zeeland

Uit een groot aantal survey-onderzoeken en anekdotische rapportages blijkt dat sommige MS-patiënten marihuana (of cannabis, Latijnse naam: Cannabis sativa) gebruiken om hun spasticiteit te verlichten. Experimentele farmacologische studies ondersteunen de hypothese dat cannabinoïde chemische stoffen in cannabis, zoals delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC) en cannabidiol (CBD) een spierontspannende werking hebben. Terwijl delta-9-THC deze werking uitoefent via een specifieke cannabinoïde receptor (de CB1-receptor) die eind jaren '80 van de vorige eeuw in het centrale zenuwstelsel werd ontdekt, lijkt de werking van CBD complexer te zijn en mogelijk invloed uit te oefenen op cytokinen (eiwitten die door cellen van het immuunsysteem worden uitgescheiden en die een rol spelen bij het opwekken van een immuunrespons).

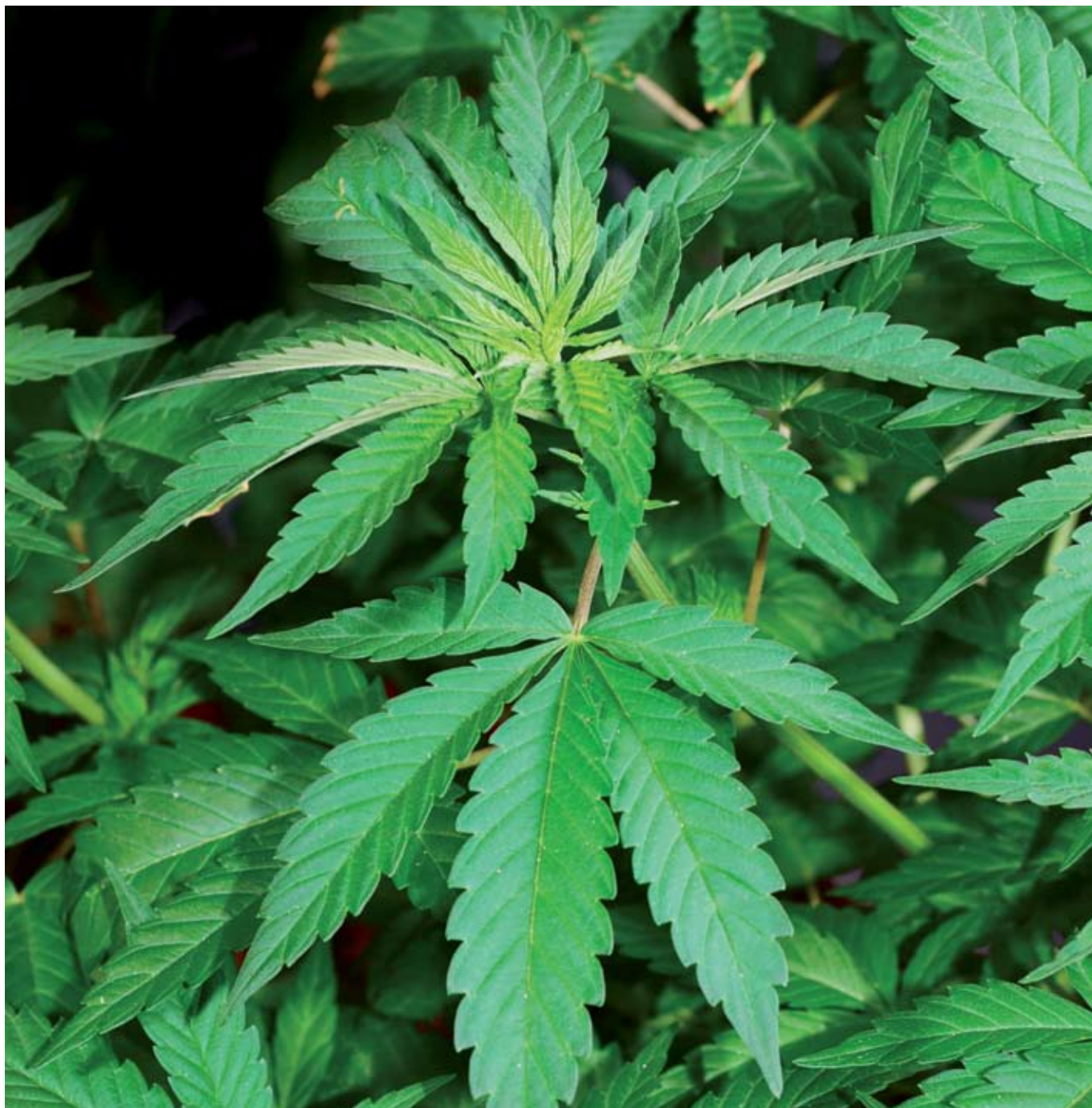
Initiële klinische onderzoeksresultaten lieten geen spasticiteit verminderende werkzaamheid van delta-9-THC zien. De eerste rapportage van het "Cannabinoids in Multiple Sclerosis"-onderzoek (CAMS), een geblindeerd en placebogecontroleerd onderzoek in het Verenigd Koninkrijk, duidde erop dat delta-9-THC bij meting aan de hand van de objectieve Ashworth-schaal geen statistisch significant effect op de spasticiteit vertoonde. In een 12 maanden durend follow-uponderzoek met 630 patiënten daarentegen bleek delta-9-THC een klein, maar significant effect te hebben. Dit neemt niet weg dat de patiënten in

beide onderzoeken een subjectieve verbetering van de spasticiteit meldden. Er bestaat verdeeldheid over de vraag of het initiële ontbreken van een effect volgens de Ashworth-schaal wil zeggen dat die schaal niet de gevoeligheid heeft om spasticiteit te meten.

Langetermijnonderzoeken duiden erop dat cannabinoïden redelijk goed door patiënten worden verdragen, maar er bestaan nog steeds zorgen over potentiële bijwerkingen op de lange termijn.

In een aantal klinische onderzoeken is gemeld dat het natuurlijke cannabisextract in het farmaceutische product dat als Sativex® in de handel verkrijgbaar is, spasticiteit verlicht. Sativex bevat delta-9-THC en CBD in een verhouding van 1:1 en kan worden toegediend als een sublinguale (onder de tong) of oromucosale (via de neus) spray. Niet alle onderzoeken naar de werkzaamheid van Sativex® waren geblindeerd of placebogecontroleerd, wat vragen oproept over de kwaliteit van de verzamelde gegevens. De meeste studies die wel goed gecontroleerd waren, vertoonden nog steeds een significante verbetering van de spasticiteit, althans volgens subjectieve beoordelingsschalen, hoewel er ook enig tegenstrijdig bewijs hieromtrent bestaat. De meest voorkomende bijwerkingen die werden gemeld, zijn pijn in de mond, duizeligheid, diarree en misselijkheid. Van de andere onderzochte cannabinoïden is in één recent onderzoek gemeld dat de synthetische cannabinoïde nabilon aan spasticiteit gerelateerde pijn verlichtte.

Er zijn nu meer dan 12 klinische studies gepubliceerd over de effecten van cannabinoïden op spasticiteit



en pijn bij MS. Hoewel niet al deze onderzoeken met delta-9-THC of CBD een significante verbetering van de verschijnselen laten zien, komt er steeds meer bewijs dat gebruik van cannabinoïde geneesmiddelen op zijn minst bij een subgroep patiënten en als adjuvante behandeling zinvol kan zijn. Zelfs in gevallen waarin cannabinoïden volgens de Ashworth-schaal geen spasticiteitsverminderend effect bleken te hebben, werd benadrukt dat een groot aantal veelgebruikte geneesmiddelen tegen spasticiteit volgens deze beoordelingsschaal evenmin statistisch significante resultaten opleverde.

Lange termijn studies suggereren dat cannabinoïden redelijk goed door patiënten worden verdragen, maar er bestaan nog steeds zorgen over potentiële bijwerkingen op de lange termijn, zoals cognitieve functiestoornis, verstoorde ontwikkeling van de foetus en psychiatrische bijwerkingen. Daarbij moet worden opgemerkt dat een groot aantal conventionele geneesmiddelen tegen spasticiteit, zoals baclofen, ook aanzienlijke bijwerkingen heeft. Tevens moet worden opgemerkt dat cannabis in sommige landen een illegale drug is, wat invloed heeft op de toegankelijkheid ervan.

Antwoorden op uw vragen

Q. Mijn spasticiteit komt en gaat, en wordt dikwijls in gang gezet door warmte. Ik heb ijs geprobeerd, maar is er nog iets anders wat ik kan doen om spasticiteit te helpen voorkomen?

A. Het eerste wat men moet doen om verergering van een MS-verschijnsel door warmte te voorkomen, is warmte zo veel mogelijk te mijden. Het is beter een matig warme dan een hete douche te nemen. Veel MS-patiënten proberen ook zo min mogelijk in de zon te zitten en mijden sommige activiteiten in een warme omgeving (zoals aan lichaamsbeweging doen in de hete middagzon). Er zijn ook andere manieren om het versterkend effect van warmte op MS-verschijnselen te beperken, zoals gebruik van airconditioning, het drinken van koude dranken en het dragen van lichte, ruimvallende kleding. Sommige MS-patiënten gebruiken een systeem voor koeling van het lichaam om oververhitting te voorkomen. Hoewel deze systemen in verschillende landen verkrijgbaar zijn, kunnen ze zeer prijzig zijn, en ze zijn niet getest in degelijke onderzoeken met een groot aantal proefpersonen.

Q. 's Nachts zijn mijn benen vaak pijnlijk en stijf en houden ze me uit mijn slaap. Waarom zijn de verschijnselen 's nachts erger en zijn er zinvolle oefeningen die ik voor het slapengaan kan doen?

A. Het is mogelijk dat u het rustelozebenenensyndroom (RLS) beschrijft, een aandoening waarbij uw benen zeer ongemakkelijk aanvoelen tijdens



rust. RLS blijkt zeer vaak voor te komen bij MS-patiënten, hoewel de oorzaak niet duidelijk is. Een beoordeling in een centrum dat is gespecialiseerd in slaapstoornissen, zou zinvol zijn om meer inzicht te krijgen in uw verschijnselen. Het gevoel wordt doorgaans verlicht door te bewegen. Dat verklaart waarom het lijkt alsof de verschijnselen 's nachts verergeren. Enkele van de strategieën tegen RLS zijn onder andere minder cafeïne en alcohol gebruiken en regelmatige, matige lichaamsbeweging. Een zorgverlener kan passende oefeningen en/of geneesmiddelen aanbevelen.

Q. Ik heb een drukzweer op mijn achterwerk. Volgens mijn MS-verpleegkundige kan dit mijn spasticiteit verergeren. Wat zijn de andere prikkels die spasticiteit kunnen verergeren?

A. Cutane prikkels (prikkels die te maken hebben met de huid) die spasticiteit kunnen verergeren, zijn onder meer ingegroeide teennagels, beschadigde of geïnfecteerde huid en strakzittende kleding. Viscerale prikkels (prikkels die te maken hebben met de inwendige organen) die spasticiteit kunnen verergeren, zijn onder meer verstoorde darmfunctie, blaasinfectie en urineretentie.



Silvia Traversa van de Italiaanse MS-vereniging sprak met Giulio Adamo over de manier waarop hij met spasticiteit omgaat. Giulio is 61 jaar en gepensioneerd, en woont met zijn vrouw in Genua.



Italiaanse MS-vereniging

Interview: Giulio Adamo, Genua, Italië

Charmant, hartelijk en altijd in voor een geintje. Zijn specialiteit? Grappen in Genues dialect! Jarenlang heeft Giulio als vrachtwagenchauffeur gewerkt. Zijn eerste MS-verschijnselen werden toegeschreven aan vermoeidheid als gevolg van lange autoritten. Vervolgens werd bij hem ten onrechte een rugaandoening vastgesteld. In 1991 werd uiteindelijk MS gediagnosticeerd. Binnen een paar jaar, in 1996, trad bij Giulio al spasticiteit op, en sindsdien heeft hij daar voortdurend last van.

Hoe zou u uw spasticiteit omschrijven?

Spasticiteit is een heel vervelend probleem. Ik heb het in mijn linkerhand en arm en in beide benen. Het lijkt alsof mijn arm wordt ingetrokken door krampen, en mijn hand balt zich vaak tot een vuist die ik niet kan openen. Mijn benen zijn erg stijf.

U hebt nu al tien jaar te maken met spasticiteit. Is er in de loop van de tijd iets veranderd?

Helaas is het alleen maar erger geworden. Persoonlijk heb ik nooit periodes van verbetering meegemaakt, ondanks verschillende behandelingen en hulpmiddelen die ik heb geprobeerd. Zo draag ik 's nachts een hulpmiddel om mijn hand open te houden. Het geeft wel enige verlichting, maar echt helpen doet het niet.

Gebruikt u medicatie tegen spasticiteit?

Ik gebruik baclofen. Ik heb ooit zelfs de baclofenpomp geprobeerd. De vertraagde afgifte van de medicatie had me goed moeten doen, maar ik kon er niet tegen. Ik was voortdurend moe en zwak, en ik voelde me meestal zo slap als een doek. Dus heb ik de pomp laten weghalen.

Hebt u nog andere behandelingen geprobeerd?

Jazeker. Op dit moment ben ik bezig met acupunctuur. Mijn revalidatiearts heeft dat voorgesteld. Drie weken geleden ben ik ermee begonnen... nu maar eens kijken wat er gebeurt! Vooralsnog lijkt het wel te werken. 's Nachts is mijn hand minder pijnlijk dan anders. Misschien dat de naalden bepaalde delen van het lichaam doen ontspannen. Ik ben bereid van alles te proberen. Opgeven ben ik zeker niet van plan.

Krijgt u ook fysiotherapie tegen spasticiteit?

Ja, dat heb ik wel gedaan. Ik heb drie maanden driemaal per week fysiotherapie voorgeschreven gekregen. Ook heb ik ergotherapie gedaan in het gespecialiseerde MS-revalidatiecentrum waar ik onder behandeling sta. Ik denk dat het heel belangrijk is verschillende behandelingen te proberen, ook al heb ik zelf de oplossing voor mijn spasticiteit nog niet gevonden.



Dit mobiliteitshulpmiddel helpt Giulio zijn hand open te houden.

den. Die spasticiteit nu eenmaal een feit en het ziet er helaas naar uit dat die niet meer weggaat.

Vindt u spasticiteit een van de lastigste verschijnselen van MS?

Absoluut. En het is ook het meest invaliderende verschijnsel. Het legt je veel beperkingen op. Maar het ergst is dat het je in een positie kan brengen dat je anderen om hulp moet vragen.

Dus uw ervaring is dat spasticiteit u belet te doen wat u wilt of moet doen?

Veel dingen die ik graag alleen, zonder hulp zou doen, kan ik niet meer zelfstandig. Zo heb ik hulp nodig bij het eten, het snijden van eten op mijn bord en het openen van een fles. Ik probeer zo zelfstandig mogelijk te zijn, ook al is dat niet altijd gemakkelijk.

Wat helpt u omgaan met de problemen die uw spasticiteit veroorzaakt?

Het belangrijkste voor mij is dat ik me niet door spasticiteit en MS op de kop laat zitten. Van nature ben ik

positief ingesteld en opgewekt van aard, en dit helpt echt bij het omgaan met MS. Ik zit in elk geval niet de hele dag te denken aan alles wat niet goed gaat. Ik vind dat klagen en piekeren helemaal geen zin heeft, net zo min als de hele tijd over MS praten! Mijn advies aan anderen met spasticiteit of een ander probleem met betrekking tot MS is: richt je op de leuke dingen in het leven en niet op de negatieve kanten.

“Ik vind dat klagen en piekeren helemaal geen zin heeft, net zo min als de hele tijd over MS praten!”

Kunt u iets leuks noemen waar u zich op richt?

Een voorbeeld: met de lokale tak van de Italiaanse MS-vereniging hebben we een toneelgroep opgericht. Binnenkort spelen we een voorstelling in een heel beroemd theater in Genua. Ik speel de directeur van een gekkenhuis. Dat is hartstikke leuk!

Resultaten van de online-enquête naar spasticiteit

De online-enquête naar spasticiteit is door 487 respondenten in het Engels en door 205 respondenten in het Spaans ingevuld. De onderstaande bespreking bevat gegevens van beide enquêtes.

De delen van het lichaam die genoemd werden als het meest door spasticiteit aangetast, zijn beide benen (72,8%), gevolgd door één been (26,5%), de romp (21,6%), één arm (18,7%) en beide armen (17,8%). Andere delen van het lichaam die genoemd werden zijn nek, handen, vingers, blaas, darmen, billen, keel, gezicht en kaak, terwijl een aantal respondenten aangaf spasticiteit in het hele lichaam te hebben.

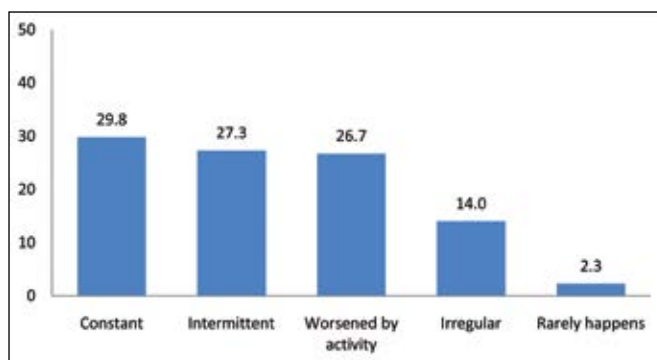
Vaak is alleen mijn rechterbeen aangedaan, maar soms ook allebei mijn benen, afhankelijk van hoe moe ik ben."

Een groot aantal respondenten meldde stijfheid en/of een gespannen gevoel (88,7%), terwijl meer dan de helft van de respondenten aangaf last te hebben van kramp, pijn, onwillekeurige bewegingen en/of hinder bij willekeurige bewegingen. Een derde meldde dat de spasticiteit constant aanwezig is, 27,5% beschreef een met tussenpose aanwezige spasticiteit en 27,1% rapporteerde dat het verschijnsel wordt verergerd door bepaalde activiteiten of situaties. Velen gaven aan dat hun spasticiteit dikwijls erger is bij warmte en wanneer ze moe of gestrest zijn. Bij anderen is het erger wanneer ze zich ontspannen, of 's nachts wanneer ze liggen.

"Door de pijn en het onaangename gevoel die spasticiteit veroorzaakt, kan ik minder goed slapen aangezien het aan het eind van de dag erger is."

Van bijzonder belang is het grote aantal respondenten bij wie spasticiteit een belemmering vormt voor de activiteiten die ze graag verrichten of moeten verrichten.

Hoe zou u uw spasticiteit omschrijven?

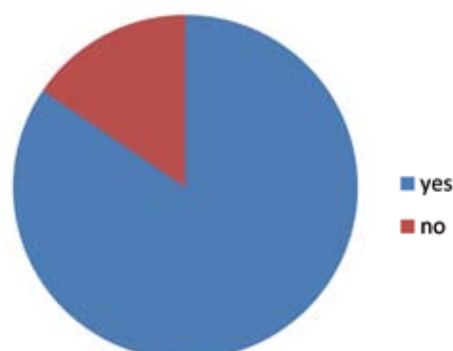


"Het is er gewoon ineens. Het ene moment is er niets aan de hand en het volgende moment ben ik helemaal stijf en doet alles pijn."

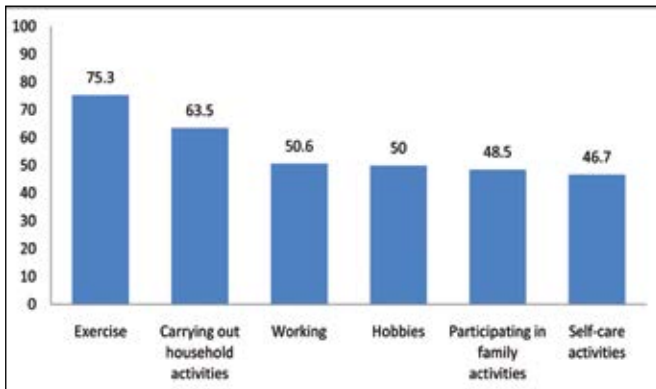
Hieruit blijkt welke impact dit verschijnsel kan hebben op het dagelijks leven. Lichaamsbeweging en huishoudelijke bezigheden werden het meest genoemd als activiteiten die worden beïnvloed. Daarnaast gaf ongeveer de helft van de respondenten aan dat ook de andere categorieën (persoonlijke verzorging, hobby's, gezinsactiviteiten en werk) worden beïnvloed. Onder "overig" noemde een groot aantal respondenten verstoorde slaap.

"Mijn benen strekken zich helemaal vanzelf alsof ik rekoefeningen doe als warming-up voor mijn andere oefeningen, terwijl ik gewoon in bed lig."

Verstoort spasticiteit activiteiten die u graag doet of moet doen?



Welke activiteiten worden door spasticiteit verstoord?



"Ik heb geleerd te improviseren en alles zelf te blijven doen. Het ergste is dat je niet kunt rennen wanneer het begint te plenzen!"

Een interessante uitkomst van de enquête is dat van degenen die de Engelstalige enquête invulden bijna twee derde medicatie gebruikt tegen spasticiteit, terwijl de meerderheid (54,9%) van degenen die de Spaanstalige versie invulden geen medicatie blijkt te gebruiken. Dit kan duiden op een verschil in verkrijgbaarheid, benadering of voorkeur tussen deze twee groepen respondenten. De meest genoemde medicatie in beide enquêtes is oraal baclofen.

Een derde van de respondenten gaf aan gebruik te maken van alternatieve behandelingen. Met name werden genoemd de toepassing van warmte en koeling (zoals ijs), acupunctuur, yoga, pilates,

massage, het roken van marihuana, meditatie, bidden, magneettherapie, reflexologie, vitaminen en osteopathie.

"Ik vind het vreselijk dat ik niet meer in staat ben met mijn vrouw een partijtje te tennissen (zoals op ons eerste afspraakje)."

Slechts 14,4% meldde gebruik te maken van technieken voor lokale behandeling (voornamelijk botulinetoxine), en 2,3% heeft een chirurgische behandeling ondergaan. Bij slechts een klein aantal respondenten (27) is een neurochirurgische ingreep uitgevoerd, in de meeste gevallen voor ITB. Deze uitkomsten duiden op een algemene voorkeur bij respondenten voor 'conventionele' behandeling (of op beperkte keuzemogelijkheden).

De meerderheid gaf aan dat lichaamsbeweging of fysiotherapie "zeker" (27%), "dikwijls" (16,2%) of "soms" (32,6%) helpt bij spasticiteit, wat de grote waarde van deze behandeling aantoont voor mensen met spasticiteit. Een kwart was van oordeel dat het zelden of nooit helpt.

"Fysiotherapie is geweldig. Ik voel me als herboren. De fysiotherapeut doet oefeningen voor om mijn spieren te versterken en dat zorgt voor een algehele verbetering."

"We hebben onze gezinsuitjes aangepast zodat we allemaal helemaal kunnen meedoen."

Recensies



Spasticity Management: A practical multidisciplinary guide

Onder redactie van Valerie Stevenson en Louise Jarrett, voorwoord van Alan J. Thompson.

Uitgever: Informa Healthcare, Verenigd Koninkrijk, 2006,

200 pagina's, prijs: 169,95 GBP, ISBN: 978-1-84184-560-9 (gebonden), 978-0-203-09054-1 (elektronisch).

Dit boek biedt een uitgebreid, praktisch overzicht van de belangrijkste aspecten van de behandeling van en omgang met spasticiteit.

De eerste hoofdstukken beschrijven de anatomische en pathofysiologische bases en de klinische aspecten van spasticiteit. Er is ook een hoofdstuk gewijd aan het belang van voorlichting en de bevordering van zelfmanagement. De lichamelijke behandeling van spasticiteit wordt besproken aan de hand van een aantal schema's en afbeeldingen die heel duidelijk laten zien welke praktische activiteiten kunnen worden toegepast in verschillende revalidatiesettings.

Aan de farmacologische behandeling van focale

en gegeneraliseerde spasticiteit zijn drie hoofdstukken gewijd, met een beschrijving van de toepassing van botulinetoxine, intrathecally baclofen en injectie met fenol, naast andere farmacologische benaderingen.

Ik was met name ingenomen met hoofdstuk acht over het opzetten van een spasticiteitskliniek, waarin de auteurs praktische suggesties doen op basis van hun uitgebreide ervaring op dit gebied.

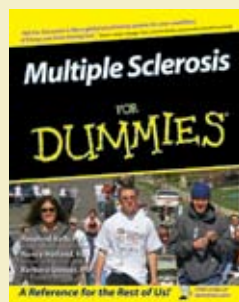
Het laatste deel van het boek bevat 14 bijlagen waarin een aantal specifieke kwesties wordt samengevat als uitkomstmaten en het omgaan met een intrathecally baclofenpomp. Het opnemen van deze bijlagen is bijzonder zinvol. Het is jammer dat dit zo weinig gebeurt bij uitgaven over symptoombehandeling.

De auteurs verdienen een compliment voor de lay-out en de stijl. De tekst is ingedeeld in beknopte rubrieken. Er wordt vaak gebruik gemaakt van leerzame samenvattende tabellen en lijsten. Het belangrijkste pluspunt van dit boek is dat het een grote hoeveelheid klinische en farmacologische informatie geeft die gepresenteerd wordt in een lezersvriendelijke stijl. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal referenties aan de hand waarvan aanvullende informatie kan worden opgezocht.

Het enige wat ontbreekt is een beschrijving van de voornaamste aandoeningen waarbij spasticiteit optreedt. Daarmee zou de lezer meer inzicht geboden worden in de onderliggende basis van het verschijnsel.

Het boek kan een belangrijke hulpbron zijn voor neurologen en revalidatieartsen, maar ook voor andere zorgprofessionals die geen arts zijn. Het kan een goede referentie vormen voor het multidisciplinaire team dat voor mensen met spasticiteit zorgt en voor drukke professionals die behoefte hebben aan een snel antwoord.

Beoordeeld door Claudio Solaro, arts (neuroloog & revalidatiearts), afdeling Neurologie, ASL 3-ziekenhuizen, Genua, Italië.



Multiple Sclerosis for Dummies

Door Rosalind Kalb, PhD, Nancy Holland, gediplomeerd verpleegkundige, EdD, MSCN, Barbara Gieser, arts, en David L. Lander. Uitgever: Wiley Publishers, 2007, 362 pagina's, prijs:

21,99 GBP, ISBN: 978-0-470- 05592-2.

Ik heb heel veel boeken gelezen over het omgaan met MS, maar een boek als *Multiple Sclerosis for Dummies* heb ik nog nooit onder ogen gehad.

Dit boek, dat is verdeeld in zes hoofdstukken (plus bijlage), is een 'van A tot Z' over MS en de omgang met deze ziekte.

De eerste twee hoofdstukken, "When MS Becomes Parts of your Life" (Wanneer MS een deel van je leven wordt) en "Taking Charge of Your MS" (De controle nemen over je MS), geven een korte uitleg over wat MS is, hoe MS het lichaam kan aantasten en wat je moet doen wanneer net de diagnose MS is gesteld.

De volgende hoofdstukken zijn "Staying Healthy and Feeling Well" (Gezond blijven en je goed voelen) en "Managing Lifestyle Issues" (Omgaan met kwesties ten aanzien van de leefstijl). Ik vond deze hoofdstukken uitermate zinvol, niet alleen voor de MS-patiënt, maar ook voor diens familie en vrienden, omdat ze oplossingen aandragen voor een aantal problemen die zich kunnen voordoen in het leven van iemand met MS en zijn/haar sociale omgeving.

In de laatste twee hoofdstukken, "Creating Your Safety Nets" (Het creëren van vangnetten) en "The Parts of Tens" (Het deel van de tientallen), wordt MS-patiënten duidelijk gemaakt hoe ze zich kunnen voorbereiden op hun toekomst met MS.

Nu ik het hele boek heb gelezen – dat een zeer duidelijke en gemakkelijk te begrijpen uitleg geeft van wat MS is – denk ik dat dit boek werkelijk de ogen van de dummy kan openen. Echt het lezen waard!

Beoordeeld door Kanya Puspokusumo, auteur en uitgever van een tijdschrift over gezondheid

Evaluation and Management of Spasticity in Multiple Sclerosis (Beoordeling en behandeling van spasticiteit bij multiple sclerose)

Een presentatie op de website van het Consortium of MS Centers, www.msccare.org

Eenvoudige toegang tot hoogwaardige, evidence-based educatieve onlinehulpbronnen is van zeer grote betekenis voor iedereen die zijn kennis en deskundigheid op bepaalde gebieden wil uitbreiden, maar niet in staat is cursussen te volgen in een conventionele onderwijssetting. Een groot voordeel van presentaties als deze is dat de 'student' kan leren op een tijd en plaats die hem of haar het beste uitkomt, zelfs als dit 's nachts is. Zoals duidelijk in de inleiding van deze presentatie wordt vermeld, is spasticiteit een complex onderdeel van MS-behandeling en heeft het duidelijk voordelen in je eigen tempo de cursus te kunnen doorlopen.

Deze videopresentatie staat op de website van het Consortium of Multiple Sclerosis Centers, dat zich onvermoeibaar inzet voor het geven van voorlichting (en het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek) om MS-patiënten in staat te stellen de "allernieuwste medische zorg en gerelateerde diensten" te ontvangen. Over de hele wereld staat het consortium hierom bekend. Deze presentatie is net als alle andere informatiebronnen op deze site vrij toegankelijk; er is geen wachtwoord nodig. Daardoor is dit voor veel mensen een zeer aantrekkelijke optie. De informatie wordt voortdurend geüpdatet en aangevuld.

Deze informatiebron is opgezet voor professionals die zorg leveren aan MS-patiënten met spasticiteit, maar kan voor iedereen met MS interessant en informatief zijn, al zou de medische terminologie voor sommigen ontmoedigend kunnen werken.

De informatie die wordt gegeven, is actueel en wordt gepresenteerd door vooraanstaande mensen in de MS-gemeenschap als Francois Bethoux. De presentatie telt zes delen, en dankzij een drop-down menu op de eerste pagina kan er gemakkelijk doorheen worden genavigeerd. Elk onderdeel kan afzonderlijk of in samenhang met de rest worden bekeken. De visuele effecten zijn bijzonder aantrekkelijk en verhogen de kwaliteit en het onderhoudend karakter van de presentatie. De multimediale aanpak zorgt ervoor dat de belangstelling en het plezier vastgehouden worden



en helpt de student zo meer te weten te komen over enkele problemen van de behandeling van spasticiteit.

De zes delen omvatten een overzicht van de pathofysiologie van spasticiteit, de wijze van beoordeling van de persoon met spasticiteit, de behandelmogelijkheden en de aanpak van spasticiteit in de dagelijkse praktijk. De lezer kan op elk gewenst moment op de pauzeknop drukken om te stoppen en later weer verder te gaan. Elk onderdeel kan afzonderlijk of in samenhang met de rest worden bekeken. Deel drie biedt een uitgebreide en realistische benadering van de patiëntenbeoordeling en is met praktische tips en advies zeer informatief. Deel vier geeft bijzonderheden over de huidige behandelmogelijkheden en biedt een nuttig overzicht van elke behandelstrategie, waarbij de voordelen en beperkingen van elk ervan worden toegelicht.

De presentatie is zeer professioneel in elkaar gezet en van hoge kwaliteit. De sprekers drukken zich goed uit. Het geheel wordt gesponsord door Medtronic en kenmerkt zich bijgevolg door extra veel aandacht voor intrathecale baclofentherapie, waaraan deel vijf vrijwel geheel is gewijd. Afgezien daarvan is deze presentatie interessant voor alle praktiserende zorgprofessionals die realistische en effectieve behandelingsstrategieën willen aanbieden aan mensen met MS en hierbij optredende spasticiteit.

Beoordeeld door Nicki Ward-Abel, lecturer-practitioner in MS, Birmingham City University, Birmingham, Verenigd Koninkrijk.

MS *in focus*



multiple sclerosis
international federation

Skyline House
200 Union Street
London
SE1 0LX
Verenigd Koninkrijk

Tel: +44 (0) 20 7620 1911
Fax: +44 (0) 20 7620 1922
www.msif.org
info@msif.org

De MSIF is een non-profit liefdadigheidsorganisatie, geregistreerd in Engeland en Wales onder bedrijfsnummer 5088553. Geregistreerd onder liefdadigheidsorganisatienummer 1105321.

Abonnementen

Het tijdschrift **MS in focus** van de Multiple Sclerosis International Federation verschijnt tweemaal per jaar. Dankzij de internationale multiculturele redactie, het toegankelijk taalgebruik en het kosteloos abonnement is **MS in focus** wereldwijd toegankelijk voor alle mensen met MS. Wilt u zich aanmelden, ga dan naar www.msif.org/subscribe.

De eerder verschenen nummers kunnen worden gedownload van onze website maar zijn ook op papier beschikbaar:

- Editie 1 Vermoeidheid
- Editie 2 Blaasproblemen (EN)
- Editie 3 Het gezin (EN)
- Editie 4 Emoties en cognitie (EN)
- Editie 5 Gezond leven (EN)
- Editie 6 Intimiteit en seksualiteit (EN)
- Editie 7 Revalidatie
- Editie 8 Genetica en erfelijke aspecten van MS
- Editie 9 Mantelzorg en MS (EN)
- Editie 10 Pijn en MS (EN)
- Editie 11 Stamcellen en remyelinisatie bij MS (EN)

Dankbetuiging

De MSIF wil Merck Serono graag bedanken voor de royale, onbeperkte financiële steun die de productie van **MS in focus** mogelijk maakt.



Merck Serono, een onderdeel van Merck KGaA, legt zich toe op de ontwikkeling van innovatieve receptplichtige farmaceutica en voert producten die in ruim 150 landen wereldwijd verkrijgbaar zijn. We zijn al meer dan tien jaar actief in de strijd tegen MS. Via farmacogenomisch onderzoek trachten we meer inzicht te verkrijgen in de

genetische basis van MS. Merck Serono zet zich langdurig in voor MS-patiënten door middel van voortdurende inspanningen op het gebied van onderzoek en ontwikkeling die erop gericht zijn nieuwe behandelingen en hopelijk, op enig moment, een remedie te vinden.