



Dia's bij lesbrief 'Pijn bij dementie'

Wat is de vraag? Is er een knelpunt?

"Bijna de helft van de verpleeghuisbewoners met dementie die nog wel kunnen aangeven dat ze pijn hebben, krijgen hiervoor geen pijnbestrijding."

[\[link\]](#)

Pijn is een zeer belangrijk lichamelijk ongemak bij mensen met dementie: 45-80% van de psychogeriatrische verpleeghuispatiënten heeft pijn.

Patiënten met dementie die pijn hebben worden over het algemeen onderbehandeld.

[\[link\]](#)

Niet alleen worden er te weinig medicijnen (pijnstillers), maar ook niet-farmacologische comfortmaatregelen worden te weinig toegepast



Is signalering mogelijk?

- verbale communicatie van patiënten met gevorderde dementie is vaak beperkt of helemaal afwezig,
- gedragsveranderingen kunnen de enige uiting zijn van de aanwezigheid van pijn of emotioneel onwelbevinden.

Denk hierbij aan

- zorgelijke gelaatsuitdrukkingen (grimassen),
- onrustige lichaamsbewegingen,
- hoge spierspanning,
- huilen,
- veranderde ademhaling,
- veranderingen in slaappatroon,
- verandering in eetlust en
- verandering in looppatroon of mobiliteit.



Instrumenten

- zelf pijn melden en verbaal over pijn communiceren: dat neemt af bij het voortschrijden van dementie;
- de betrouwbaarheid neemt af van observatieschalen waarbij de cliënt zelf scoort;
- we zijn meer aangewezen op observatie door verzorger;
- daarbij zijn we meer aangewezen op lichamelijke (autonome) reacties: het lichaam laat stress zien.

PACSLAC-D; zie www.pijnverpleegkundigen.nl

<http://www.dementieinbeweging.nl/downloads/16/instructies-pacslac1.pdf>

www.kenhunpijn.nl



Er zijn redenen genoeg om pijn te hebben, onder andere

- inactiviteit
- gewrichtsslijtage (artrose) met gevolgen voor gewrichtskapsel ('startpijn') en spieren
- urineweginfectie
- obstipatie
- irritatie en ontsteking mondslijmvlies / gebit
- te hoge spanning (tonus) van spieren (spasticiteit, rigiditeit, paratonie)
- als gevolg daarvan contracturen
- wonden / decubitus



Gevolgen van pijn

- depressie
- angst
- verminderde zelfredzaamheid
- vermoeidheid
- isolement
- inactiviteit
- achteruitgang cognitief functioneren
- verminderde kwaliteit van leven

Vicieuze cirkels liggen op de loer



Kennis van pijn en verwerking van pijn door de hersenen

Om pijn bij dementie beter te begrijpen is het nodig om te zien dat er aan pijn veel verschillende onderdelen zitten.

1. voelen en onderscheiden van pijn: plaatsbepaling en ervaren van een prikkel als 'pijnlijk' of 'niet pijnlijk' (ook wel vaak 'pijndrempel' genoemd)
2. emotioneel geraakt worden door pijn en eronder gebukt gaan: 'lijden aan de pijn'
3. betekenis die iemand aan de pijn toekent en verwachtingen over pijn in de toekomst
4. herinneringen aan doorgemaakte pijn in het verleden
5. lichamelijke reacties en veranderingen bij pijn (daarbij ook hormonen)



Twee routes voor pijnsignalen in de hersenen

- A. een route, meer naar het midden van ruggenmerg, hersenstam en grote hersenen. Overwegend vrij langzame verbindingen die ook lang doorwerken
- B. een route meer naar de zijkant in ruggenmerg omhoog naar de hersenen. Snel werkend.

route A is heel betrokken op onderdeel 2, 4 en 5 van de pijn: de emotie, de emotioneel gekleurde herinnering en de lichaamstaal

route B is heel betrokken op onderdeel 1 en van onderdeel 3 het onderdeel 'acuut gevaar'.

Deze twee routes hebben weinig dwarsverbanden, alleen in de tussenhersenen (de thalamus). Onderbreking van deze connectie, bijvoorbeeld als gevolg van CVA leidt waarschijnlijk tot centrale 'post-stroke'-pijn.



Enkele kenmerken van centrale pijn na CVA

- spontane pijn, diep en intens ('hyperalgesie')
- normale prikkels in het pijnlijke gebied worden als pijnlijke prikkels ervaren ('allodynie'), zoals:
 - aanraking
 - douchewater
 - kleding
 - druk door langdurig zitten
- normale gevoel in het pijnlijke gebied is afgenomen (tast, druk, temperatuur)
- kan op bijna elk willekeurig moment na een beroerte ontstaan en dan blijven

We moeten ervan uitgaan dat dit probleem zeker ook *bij vasculaire dementie* kan gaan opspelen



Het belang van de soort dementie voor pijn

1. de meeste vormen van dementie leiden tot beschadigingen op veel verschillende plekken
2. route A en route B maken gebruik van verschillende gebieden van de hersenen, maar hebben op niveau van de tussenhersen wel een verbinding
3. de gevolgen van de beschadigingen voor de werking van deze systemen zijn bij lange na niet allemaal helemaal uitgezocht
4. maar er zijn wel aanwijzingen voor een paar verschillen
 - Alzheimerdementie
 - vasculaire dementie
 - frontotemporale dementie



Pijn bij Alzheimer – enkele aanwijzingen

- er gaan veel zenuwcellen verloren, maar er worden ook verbindingen verbroken ('wittestofafwijkingen')
 - over de hele linie is route A ernstig getroffen
 - route B is betrekkelijk gespaard
 - waarnemingen bij patiënten:
 - minder zichtbare emotionele en affectieve gevolgen van pijn (onderdeel 2),
 - normale onderscheidingsdrempel voor pijn (onderdeel 1)
 - maar toegenomen pijntolerantie (onderdeel 2)
 - autonome reacties (onderdeel 5) bij milde prikkels afgenomen, maar bij sterke prikkels hetzelfde
- echter: er blijft kans op toegenomen pijn want er zijn bij Alzheimer ook afwijkingen die veel lijken op die bij vasculaire dementie



Pijn bij vasculaire dementie: enkele aanwijzingen

- minder celdood (grijze stof) maar meer onderbrekingen van verbindingen in de witte stof
- er zijn aanwijzingen dat route A niet ernstig beschadigd wordt
- van route B is het onbekend
- redelijk grote kans op verbreken van verbindingen tussen hippocampus ('geheugengebied' in slaapkwab) en hypothalamus, met toegenomen hormonale stressreactie als gevolg (onderdeel 5)
- men moet rekening houden met een risico op toegenomen lijden aan de aanwezige pijn (onderdeel 2) door het verbreken van verbindingen in de voorkant van de hersenen en de tussenhersenen die pijnervaring kunnen dempen. Dit is te vergelijken met het ontstaan van 'centrale pijn' enige tijd na een CVA



Pijn bij frontotemporale dementie: enkele aanwijzingen

- cellen gaan dood in de voorhoofdkwabben en het voorste deel van de slaapkwabben; dat heeft in principe te maken met route A, zeker onderdeel 2, 3 en 4
- relatie met de vijf aspecten van pijn zijn niet apart onderzocht
- waarneming bij patiënten:
 - sterk afgenomen reactie op pijn bij prikkels waarbij je zou verwachten **dat iemand weet** dat het pijn gaat doen (sigarettenpeuken, heet water, pas op dat iemand zich niet verbrandt)
 - er lijkt sterk afgenomen anticipatie op mogelijk pijn – alsof pijn er minder toe doet



Gebieden in de hersenen bij pijn 1



M = route A, L = route B

L1: onderdeel van de tussenhersenen (thalamus); L2: insula; L3: sensorische schorsgebieden

M1: onderdeel van de tussenhersenen (thalamus); M2: amandelkern en hippocampus; M3: voorkant van gyrus cinguli; M4: schors voorhoofdskwab; M5: hypothalamus

Gebieden in de hersenen bij pijn 2



- 1: betrokken bij onderscheiden en lokaliseren van pijn
- 2: betrokken bij emotionele aspecten en motivatie-aspecten van pijn
- 3: betrokken bij betekenisgeving
- 4: betrokken bij geheugen voor pijn
- 5: betrokken bij lichamelijke reactie op pijn

sterk vereenvoudigd op basis van E.J.A Scherder et. al; Pain processing in dementia; Lancet Neurol 2003;2:677–86

