

Pijnbehandeling bij personen met dementie



Na de diagnose van dementie is de gemiddelde levensduur 3-10 jaar. Dit maakt dat personen met de diagnose dementie vanzelfsprekend als palliatief beschouwd dienen te worden.

En die palliatieve-zorg-bril opzetten, is niet zo vanzelfsprekend. De naasten meekrijgen in dit verhaal is niet zo evident want zij kennen dikwijls de prognose niet. Familieleden gaan er ook dikwijls van uit dat het enkel om een cognitief deficit gaat en houden geen rekening met de lichamelijke aftakeling.

Ook bij de behandeling van pijn zijn er enkele aandachtspunten. De tastzin blijft het langst bewaard. Pijngeleiding zal ook tot in de hersenen op een normale manier verlopen. Echter, in de hersenen zien we wel een verandering.

- Bij de ziekte van Alzheimer zal de emotionele respons op pijn negatiever zijn en is er een grotere kans op depressie bij chronische pijn.
- Bij vasculaire dementie komt de pijnprikkel vaak harder binnen en zien we een hevigere vorm van emotioneel reageren. Dit maakt dat we gemakkelijker overbehandelen.
- Bij frontotemporale dementie zal de pijnprikkel als minder erg ervaren worden. Hier moeten we vooral opletten dat we niet onderbehandelen.

Rusteloosheid en 'pacing' (onrustig over en weer lopen) kunnen tekenen zijn van pijn. Uit onderzoek werd dan ook gezien dat deze gedragingen verminderden bij een goede pijnbehandelingen.

Voor een persoon met dementie die pijn ervaart is het ook helemaal niet gemakkelijk. Stel, hij heeft hoofdpijn midden in de nacht. Hij zou in principe moeten kunnen voelen waar hij juist pijn heeft en het herkennen uit vroegere ervaringen, wat niet evident is bij een matig gevorderd beeld van dementie. Daarna moet hij op de juiste woorden komen om het te kunnen uitleggen aan een

zorgverlener of zelf in staat zijn een pijnstillertje uit de kast te nemen. Laat staan dat hij een dokter kan bellen om de oorzaak te achterhalen. Deze simpele episode van hoofdpijn vraagt een heel complexe volgorde aan acties om de pijn onder controle te krijgen. En net dit is zo moeilijk voor iemand met dementie. Angstig roepen is soms het enige signaal die nog lukt, wat dan dikwijls niet tot pijnstilling maar tot psychofarmaca en fixatie leidt.

Er bestaan wel 'pijn'-schalen voor personen met dementie zoals de PACSLAC-D of de PAINAD maar deze meten vooral gedragsverandering. Daar moeten we ons van bewust zijn. Ze zijn zeker wel bruikbaar en zijn handig om te gebruiken in teams waar verschillende mensen de 'pijn', (lees: gedragsverandering), moeten opvolgen.

Onze gekende palliatieve pijnmedicatie blijft wel bruikbaar. Van paracetamol tot opioïden volgen we het gekende schema. Alleen moeten we rekening houden dat het hier vaak om kwetsbare ouderen gaat en dat we het principe van *'start low and go slow'* zeker toepassen.

Voor de co-analgetica gaan we producten met een anticholinerge werking zoals tricyclische antidepressiva (TCA's) (bijvoorbeeld amitriptyline) liever niet gebruiken wegens het risico op verwardheid, delier, vallen, constipatie en mictiestoornissen. Voor neuropathische pijn gaat de voorkeur naar duloxetine met pregabaline en gabapentine als alternatief.

Bron: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen

Dr. Griet Verhelst