

• **FACT SHEET Nr. 2**

Pijnbeleid bij dementie

Verscheidene ziekten kunnen tot cognitieve aantasting leiden met als gevolg voortschrijdende problemen in het dagelijks leven, communicatie en gedrag, zoals agitatie, apathie, en slaapstoornissen. Het is dit syndroom dat we dementie noemen. Meest frequent zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en een combinatie van beide. De ziekte van Parkinson, Huntington, AIDS en verschillende andere min of meer zeldzame ziekten kunnen eveneens leiden tot dementie. Hoewel al deze ziekten kunnen uitmonden in dezelfde toestand van “dementie”, is de neuropathologie van al deze ziekten verschillend, en dusdanig ook het impact op de pijnprocessen. Men stelde vast dat pijn bij patiënten met dementie (PmD) moeilijk geëvalueerd kan worden en vele studies vonden dat deze groep minder pijnstillers gebruikt.¹

De verwerking van pijnsignalen bij dementie kan veranderen

- Bij de ziekte van Alzheimer voelen individuen wel degelijk pijn maar kan de interpretatie en de cognitieve en emotionele evaluatie van pijn verschillend zijn.
- Individuen met vasculaire dementie hebben zeer waarschijnlijk meer pijn wegens witte stofletsels die centrale pijn kunnen bevorderen.
- Aangezien bij dementie progressieve neuropathologische ziekten aan de oorsprong liggen, is de impact op de verwerking van pijnsignalen afhankelijk van het stadium van de ziekte.
- Bij ongeveer alle soorten dementie is communicatie serieus verstoord in de loop van het ziekteproces.
- Experimentele studies tonen aan dat de pijndrempel wat hoger is bij patiënten met Alzheimer, en dat autonome antwoorden verstoord zijn.²
- Experimentele studies tonen ook dat gezichtsuitdrukkingen na een pijnstimulus meer uitgesproken zijn bij PmD.⁶

De uitdagingen van pijnevaluatie bij dementie

- Zelfrapportering van pijn (en de effecten en nevenwerkingen van medicatie) is niet altijd mogelijk, met name in meer gevorderde stadia.
- Regelmatige pijnevaluaties zijn niet altijd haalbaar, vooral in de meer gevorderde stadia.
- Gezondheidsmedewerkers zijn vaak niet adequaat opgeleid voor communicatie met PmD wat leidt tot een gebrekkige attitude en kennis voor wat betreft dementie en pijn.⁸
- Wanneer de courante middelen voor pijnevaluatie (zelfrapportering) niet meer gelden, zijn observationele instrumenten beschikbaar.
- Er zijn meer dan 35 observationele tools, maar zowel validatie als implementatie van de methodes is over het algemeen pover.⁴
- Pijn presenteert zich vaak als een bepaald gedrag (bijvoorbeeld agitatie).
- Professionele en informele zorgverstrekkers focussen op behandeling van gedrag, vaak met anti-psychootische medicatie in plaats van pijnbehandeling.
- Het onderscheid maken tussen oorzaken van neuropsychiatrische symptomen is een uitdaging.

Interdisciplinaire en niet-farmacologische behandeling

- PmD hebben een brede waaier aan medische, sociale en psychologische noden. Pijnbestrijding heeft altijd meerdere dimensies en zou daarom interdisciplinair moeten gebeuren.
- Aangezien de meeste mensen met dementie ouderen zijn, hebben ze een hoger risico op nevenwerkingen van medicatie. Niet-farmacologische interventies (zoals sociale, mentale en fysieke activiteiten zoals muziektherapie) zouden altijd de eerstelijnsopatie moeten zijn.
- Parallel aan de veranderde evaluatie en presentatie van pijn is er een aanzienlijke gedragsmatige en psychologische component in de pijnbeleving. Daarom zouden gedragsmatige en verzachtende interventies die de patiënt geruïststellen en relaxeren dan ook de eerste keuze moeten zijn. Er is echter weinig wetenschappelijke evidentie of eensgezindheid bij experten over welke niet-farmacologische interventies effect kunnen hebben bij patiënten met dementie.⁷

Farmacologische aanpak

- Paracetamol is een effectieve pijnstiller bij de meeste PmD, maar “zo nodig” wordt beter niet aangehouden aangezien ze vaak moeite hebben om effectief te communiceren over pijn.
- Wanneer men NSAID's gebruikt, moet men zich realiseren dat de meeste PmD oudere personen zijn en dat er een zeer reëel risico is op ernstige nevenwerkingen (gastro-enterologisch, renaal en cardiovasculair). Individuen vinden het ook moeilijk om te communiceren over de mogelijk eerste tekenen van ernstige nevenwerkingen, en daarom wordt geadviseerd om zeer voorzichtig te werk te gaan, met een lage dosis te starten, en proberen te stoppen binnen twee weken.
- Het gebruik van zwakke opiaten wordt niet aangemoedigd omdat er weinig bewijs van effectiviteit is en wegens de potentiële nevenwerkingen, waarvan delirium vaak genoemd wordt.
- Wanneer het nodig is, kunnen sterke opiaten toegediend worden, maar: “*start low and go slow*”. Men moet zich realiseren dat PmD ook meer nevenwerkingen hebben van opiaten, dus monitor en evalueer gedurende minstens een week. Probeer te stoppen (“*go slow*”) binnen zes weken.⁵
- In vele landen zijn patches met buprenorfine of fentanyl zeer gebruikelijk in PmD, en worden vaak gedurende vele maanden of jaren toegepast.
- Geneesheren moeten kritisch zijn over het lange termijngebruik van gelijk welke analgetica, met inbegrip van patches.
- Monitoring en evaluatie van de effectiviteit en nevenwerkingen van de behandeling is zeer belangrijk en zou regelmatig moeten plaatsvinden.
- Experimentele studies hebben aangetoond dat patiënten met de ziekte van Alzheimer met aantasting van frontale functies geen placebo-effect vertonen. Er werd eveneens aangetoond dat deze patiënten een hogere dosis analgetica nodig hebben om een zelfde niveau van pijnstilling te bereiken.³
- Gebruik eveneens een instrument voor evaluatie. Wanneer zelfrapportering verhinderd is, zou een gedragsobservatie-instrument zoals de MOBID-2, PAINAD of PAIC gebruikt moeten worden.

REFERENTIES

1. Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, Kunz M, Scherder EJ, Corbett A. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013; 8:1471-82.
2. Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero I. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999 Mar; 80(1-2):377-82.
3. Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain*. 2006 Mar; 121(1-2):133-44.
4. Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229.
5. Erdal A, Flo E, Aarsland D, Selbaek G, Ballard C, Slettebo DD, Husebo BS. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin Interv Aging*. 2018 May 16; 13:935-46.
6. Lautenbacher S, Kunz M. Facial Pain Expression in Dementia: A Review of the Experimental and Clinical Evidence. *Curr Alzheimer Res*. 2017; 14(5):501-5.
7. Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebo BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Sep; 12(4):1042-55.
8. Zwakhalen S, Docking RE, Gnass I, Sirsch E, Stewart C, Allcock N, Schofield P. Pain in older adults with dementia: A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Schmerz*. 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00482-018-0290-x. [Epub ahead of print]

AUTEURS

Wilco Achterberg, MD, PhD
Leiden University Medical Centre
LUMC Department of Public Health and Primary Care
Leiden, Netherlands

Bettina Husebo, MD
University of Bergen
Department of Global Public Health and Primary Care
Bergen, Norway

VERTALING

Dr. J.L.H.M. De Witte
Coördinator Multidisciplinair Pijnteam
Dienst Anesthesiologie en Intensieve Zorgen
OLV-Ziekenhuis, Aalst, België