



## OPRACOWANIE NR 4

### Leczenie bólu w demencji

Niektóre choroby mogą prowadzić do upośledzenia funkcji poznawczych, a co za tym idzie do postępujących problemów w codziennym życiu oraz komunikacji i zachowaniu, takich jak pobudzenie, apatia lub zaburzenia snu. Taki zespół objawów nazywamy demencją. Do demencji prowadzi najczęściej choroba Alzheimera, otępienie naczyniowe lub połączenie obu tych jednostek chorobowych. Choroba Parkinsona, choroba Huntingtona, AIDS i inne rzadsze choroby również mogą prowadzić do demencji. Chociaż wszystkie te schorzenia mogą zakończyć się wspólnymi objawami demencji, to neuropatologia dla każdej z tych chorób jest inna, podobnie jak wpływ na system przetwarzania bólu. Stwierdzono, że osoby z demencją zaniżają ocenę bólu i wiele badań wykazało, że używają mniej środków przeciwbólowych [1].

#### Przetwarzanie bólu w demencji może ulec zmianie

- W chorobie Alzheimera osoby odczuwają ból, ale jego interpretacja poznawcza i emocjonalna oraz ocena bólu mogą być różne.
- W demencji naczyniowej osoby najprawdopodobniej odczuwają zwiększenie



IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.



© Copyright 2019 European Pain Federation EFIC. All rights reserved.

The European Pain Federation EFIC is a multidisciplinary professional organization in the field of pain research and medicine, consisting of the 37 European IASP Chapters

dolegliwości bólowych z powodu uszkodzeń istoty białej, które mogą stymulować ból centralny.

- Ponieważ przyczyną otępienia są postępujące choroby neuropatologiczne, wpływ na przetwarzanie bólu zależy od stadium choroby.
- W prawie wszystkich typach demencji komunikacja jest poważnie osłabiona.
- Badania eksperymentalne pokazują, że próg bólu jest nieco wyższy w chorobie Alzheimera i że reakcje autonomiczne są zaburzone[2].
- Badania eksperymentalne pokazują również, że odruchy mimiczne wywołane bodźcem bólowym w demencji ulegają wzmocnieniu [6].

### **Wyzwania związane z oceną bólu w demencji**

- Nie zawsze możliwe jest zgłaszanie przez pacjenta dolegliwości bólowych (oraz działań i objawów niepożądanych przyjmowanych leków), szczególnie w bardziej zaawansowanych stadiach choroby.
- Standardowe narzędzia do oceny bólu nie zawsze są użyteczne, szczególnie w bardziej zaawansowanych stadiach choroby.
- Pracownicy służby zdrowia często są nieodpowiednio wyszkoleni w zakresie komunikacji z pacjentem z demencją, co prowadzi do braku właściwego podejścia do pacjenta i zrozumienia problemu demencji i bólu w tym schorzeniu [8].
- W sytuacji gdy standardowe narzędzia oceny bólu (samoocena) nie są już użyteczne, można zastosować metody obserwacyjne.
- Istnieje ponad 35 różnych metod obserwacyjnych, ale proces walidacji, jak i wdrażania są żmudne[4].
- Ból jest często wyrażany jako zachowanie (na przykład pobudzenie).
- Osoby zajmujące się pacjentem i jego opiekunowie skupiają się na leczeniu zachowania, często za pomocą leków przeciwpsychotycznych zamiast na leczeniu bólu.
- Różnicowanie przyczyn objawów neuropsychiatrycznych jest trudne.



**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**



© Copyright 2019 European Pain Federation EFIC. All rights reserved.

**The European Pain Federation EFIC is a multidisciplinary professional organization in the field of pain research and medicine, consisting of the 37 European IASP Chapters**

## Leczenie interdyscyplinarne i niefarmakologiczne

- Pacjenci z demencją mają wiele potrzeb medycznych, społecznych i psychologicznych. Leczenie bólu jest zawsze multimodalne i dlatego powinno być interdyscyplinarne.
- Ponieważ większość osób z demencją jest w starszym wieku, dlatego istnieje u nich większe ryzyko wystąpienia działań niepożądanych leków. Interwencje niefarmakologiczne (takie jak aktywność społeczna, umysłowa, fizyczna, muzykoterapia) powinny zawsze być brane pod uwagę w pierwszej kolejności.
- Z powodu zmienionej oceny i prezentacji objawów bólowych, istnieje duży behawioralny i psychologiczny komponent w percepcji bólu. Dlatego metody lecznicze, które uspokajają i rozluźniają pacjentów z demencją, powinny być również preferowane. Istnieje jednak niewielka ilość danych i opinii ekspertów na temat stosowania metod niefarmakologicznych w bólu u osób z demencją[7].

## Leczenie farmakologiczne

- Paracetamol jest skutecznym lekiem przeciwbólowym u większości osób cierpiących na demencję, nie powinien być stosowany tylko „w razie bólu”, ponieważ często osoby z demencją mają problem z wyartykułowaniem takiej potrzeby
- Podczas stosowania NLPZ należy pamiętać, że większość osób z demencją to osoby starsze, a ryzyko poważnych zdarzeń niepożądanych (gastroenterologicznych, nerkowych i sercowo-naczyniowych) jest wyższe niż w młodszej populacji. Osoby te mają również trudności ze zgłoszeniem wystąpienia objawów niepożądanych działania leków, dlatego zaleca się zachować szczególną ostrożność przy rozpoczynaniu terapii nowym lekiem, rozpocząć od najmniejszej dawki i stopniowo zwiększać, utrzymując dany poziom dawkowania przez okres 2 tygodni
- Nie zaleca się stosowania słabych opioidów z powodu niskiej skuteczności i



**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**



© Copyright 2019 European Pain Federation EFIC. All rights reserved.

**The European Pain Federation EFIC is a multidisciplinary professional organization in the field of pain research and medicine, consisting of the 37 European IASP Chapters**

możliwości wystąpienia potencjalnych działań niepożądanych, z których często opisywane jest majaczenie.

- W razie potrzeby należy podawać silne opioidy, ale należy rozpoczynać terapię od najmniejszych dawek, zwiększając je stopniowo. Należy pamiętać, że u osób z demencją występuje więcej działań niepożądanych związanych ze stosowaniem opioidów, dlatego należy ściśle monitorować terapię i oceniać pacjenta przynajmniej raz w tygodniu. Terapia opioidami powinna zostać zakończona stopniowo, w przeciągu 6 tygodni [5].
- W wielu krajach plastry z buprenorfiną lub fentanylem są szeroko stosowane u osób z demencją przez okres wielu miesięcy / lat.
- Lekarze powinni być krytyczni i ostrożni wobec długotrwałego stosowania jakichkolwiek środków przeciwbólowych, w tym opioidów w postaci transdermalnej.
- Monitorowanie i ocena skuteczności oraz występowanie działań niepożądanych stosowanego leczenia jest bardzo ważnym elementem i powinna być przeprowadzana regularnie.
- Badania eksperymentalne wykazały, że osoby z chorobą Alzheimera z zaburzeniami funkcjonowania w zakresie płatów czołowych nie doświadczają efektu placebo. Wykazano również, że pacjenci ci potrzebowali wyższej dawki leków przeciwbólowych, aby osiągnąć ten sam poziom ulgi w bólu [3].
- Skale stosowane do oceny natężenia bólu należy weryfikować. Jeśli pacjent ma trudność z samooceną dolegliwości bólowych, należy zastosować skale oceny behawioralnej, takie jak MOBID-2, PAINAD lub PAIC.

## PIŚMIENNICTWO

[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.



**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**



© Copyright 2019 European Pain Federation EFIC. All rights reserved.

**The European Pain Federation EFIC is a multidisciplinary professional organization in the field of pain research and medicine, consisting of the 37 European IASP Chapters**

[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;13:935-946.

[6] Lautenbacher S, Kunz M. Facial Pain Expression in Dementia: A Review of the Experimental and Clinical Evidence. *Curr Alzheimer Res*. 2017;14(5):501-505.

[7] Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebø



**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**



© Copyright 2019 European Pain Federation EFIC. All rights reserved.

**The European Pain Federation EFIC is a multidisciplinary professional organization in the field of pain research and medicine, consisting of the 37 European IASP Chapters**

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]

## AUTORZY

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



**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**



© Copyright 2019 European Pain Federation EFIC. All rights reserved.

**The European Pain Federation EFIC is a multidisciplinary professional organization in the field of pain research and medicine, consisting of the 37 European IASP Chapters**

[Please be sure to translate the text inside this box and on the next page as well as the text in the footer below.]

#### **About the International Association for the Study of Pain®**

IASP is the leading professional forum for science, practice, and education in the field of pain. [Membership is open to all professionals](#) involved in research, diagnosis, or treatment of pain. IASP has more than 7,000 members in 133 countries, 90 national chapters, and 22 Special Interest Groups.

#### **About the European Pain Federation EFIC®**

The European Pain Federation EFIC is a multidisciplinary professional organization in the field of pain research and medicine, consisting of the 37 European Chapters of the International Association for the Study of Pain (IASP) and representing some 20,000 physicians, nurses, scientists, psychologists, physiotherapists and other health care professionals involved in pain medicine

As part of the Global and European Year Against Pain in the Most Vulnerable, IASP and EFIC offers a series of Fact Sheets that cover specific topics related to pain. These documents have been translated into multiple languages and are available for free download. Visit [GYAP Page](#) and [EYAP Page](#) more information.



**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**



© Copyright 2019 European Pain Federation EFIC. All rights reserved.

**The European Pain Federation EFIC is a multidisciplinary professional organization in the field of pain research and medicine, consisting of the 37 European IASP Chapters**