VASCULAIRE DEMENTIE
als gevolg van CVA & TIA

ESCULAAP

Wat is een CVA
Een Cerebro Vasculair Accident(CVA) heeft twee veel voorkomende vormen: het herseninfarct en de hersenbloeding. Ongeveer 80% van de mensen met een beroerte heeft een herseninfarct, 20% heeft een hersenbloeding.
Bij een herseninfarct is sprake van een verstopping in de bloedvaten door een propje, dichtslibbing of een combinatie daarvan. Als een bloedvat in de hersenen lekt of is geknapt, wordt dat een hersenbloeding genoemd. Zowel bij een herseninfarct als bij een hersenbloeding stroomt er te weinig bloed naar een deel van de hersenen. Daardoor krijgt een gedeelte van de hersenen te weinig zuurstof en hierdoor sterven de hersencellen op die plaats af. In de hersenen liggen allerlei gebieden met verschillende functies. Wanneer er hersencellen afsterven in een bepaald gebied, wordt de functie van dat gebied verstoord. Hoe erg de gevolgen hiervan zijn, hangt o.a. af van de ernst van de schade en de plaats daarvan in de hersenen, in de ouderenzorg spreekt men van vasculaire dementie als er sprake is van cognitieve stoornissen & emotionele veranderingen.
Kenmerkend voor een CVA is de halfzijdige verlamming van de lichaamshelft die zich kruislings t.o.v. de aangedane hersenhelft bevindt. Het gezicht is dan ook halfzijdig verlamd met een hangende mondhoek.

Wat is een TIA
Een Trans Ischemisch Accident is een tijdelijke verstopping van de bloedvaten door een bloedprop, waardoor zuurstof tekort in de hersenen ontstaat, anders dan bij een CVA, herstelt men van de symptomen na het opheffen van de verstopping.

Vasculaire dementie
Het verloop van vasculaire dementie(10-15%) is grillig en onvoorspelbaar. De ziekte begint vaak plotseling. Iemand met vasculaire dementie kan geleidelijk achteruitgaan, maar het kan ook plotseling slechter gaan. In deze stapsgewijze ontwikkeling kunnen er stabiele periodes zijn met weinig achteruitgang of zelfs een beetje vooruitgang.

Eerste fase vasculaire dementie
Vasculaire dementie wordt veroorzaakt door problemen in de doorbloeding van de hersenen. Welke verschijnselen als eerste ontstaan, hangt af van waar en hoe ernstig de bloedvaten in de hersenen zijn getroffen. In het begin kan iemand met vasculaire dementie nog weinig of geen last hebben van geheugenproblemen of veranderingen in de persoonlijkheid. Mensen kunnen wel:
- dingen langzamer gaan doen of zeggen;
- moeite hebben om op woorden te komen;
- moeite hebben om van het ene onderwerp over te schakelen op het andere;
- onhandiger worden;
- moeite hebben om een planning te maken of het overzicht te houden.

Grillig verloop
Personen met vasculaire dementie kunnen plotseling achteruitgaan door een beroerte of een reeks kleine beroertes (TIA's). Zolang er zich geen nieuwe beroertes voordoen, kan iemand daarna weer een tijd stabiel blijven. Soms kan het gehengen zelfs iets verbeteren als de lichamelijke conditie verbetert. Bijvoorbeeld door de behandeling van een te hoge bloeddruk. Iemand met vasculaire dementie zal langzaam meer moeite krijgen om informatie uit het geheugen op te roepen. Het kost bijvoorbeeld moeite om de namen van de kinderen op te roepen. Maar met wat hulp komt men er vaak snel weer op.

Gemiddeld leven mensen nog vijf jaar na de diagnose, maar het komt ook voor dat mensen meer dan 15 jaar met de ziekte leven. De levensverwachting is afhankelijk van leeftijd, ernst van de ziekte en de aanwezigheid van andere ziektes. Een fatale beroerte of hartinfarct is meestal de reden van overlijden bij vasculaire dementie.

Vermoeden TIA (de verschijnselen zijn verdwenen)
- Overleg bij vermoeden van een TIA direct met de neurology over de gewenste termijn van verwijzing voor verdere diagnostiek via de TIA-service. Deze diagnostiek vindt zo snel mogelijk plaats, bij voorkeur binnen één werkdag.
- Start met acetylsalicylzuur 160 mg eenmaal daags indien de neurology de patiënt niet dezelfde dag beoordeelt. Indien de patiënt reeds trombocytenaggregatieremmers of orale anticoagulantia gebruikt, worden deze in ongewijzigde dosering gecontinueerd.
- Patiënten met atriumfibrillieren of een andere cardiale embolieoorzaak komen in aanmerking voor behandeling met orale anticoagulantia. Eerst moet een intracerebrale bloeding middels aanvullend onderzoek worden uitgesloten. Schrijf in afwachting hiervan acetylsalicylzuur voor. Voor de verdere diagnostiek en behandeling van atriumfibrilleren wordt verwezen naar de NHG-Standaard Atriumfibrilleren.
- Instureer de patiënt bij nieuwe uitvalsverschijnselen direct contact op te nemen, omdat er dan mogelijk een indicatie is voor behandeling met intraveneuze trombolyse en/of endovasculaire behandeling.

Behandeling van een CVA
Eerste hulp bij CVA & TIA
Bij de eerste uitvalsverschijnselen dient een arts gewaarschuwd te worden om zo snel mogelijk een behandeling te kunnen starten.
Wanneer de huisarts de patiënt als eerste onderzoekt, wordt aanbevolen om voorafgaand aan de (hetero)anamnese de klinische toestand en de stabiliteit van de patiënt te beoordelen volgens de ABCDE-methodiek.
FAST-test (Face-Arm-Speech-Time-test)
Gezicht: vraag de patiënt de tanden te laten zien. Let of de mond scheef staat en een mondhoek naar beneden hangt.
Arm: vraag de patiënt om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let op of een arm wegzakt of rondzwalkt.
Spraak: vraag of er veranderingen zijn in het spreken (onduidelijk spreken of niet meer uit de woorden kunnen komen).
Tijd: vraag hoe laat de klachten zijn begonnen.
Interpretatie
Als de patiënt één van de eerste drie opdrachten niet goed kan uitvoeren, is een beroerte waarschijnlijk.

Behandeling CVA
De eerstelijns arts verzamelt bij de patiënt, die mogelijk in aanmerking komt voor een behandeling met intraveneuze trombolyse en/of endovasculaire behandeling, relevante informatie over de contra indicaties. Het tijdscriterium is hier het meest van belang: indien de uitvalsverschijnselen korter dan 4,5 uur(intraveneuze trombolyse) of 6 uur(endovasculaire behandeling)geleden zijn ontstaan, mag er geen vertraging in het verwijsproces ontstaan. Er zijn nogal wat contra-indicaties die aan verandering onderhevig zijn , ter beoordeling aan de neurology.

Fysieke 'zichtbare' restverschijnselen
- Spastische pareses in ten minste één van de ledematen (80 tot 90%). Na een half jaar heeft ongeveer de helft van de patiënten nog motorische uitval.
- Spraak-/taalstoornissen:
  - Afasie (circa 30%). Bij driekwart begint het herstel van de afasie in de eerste twee weken. Bij een vijfde deel is na een half jaar geen enkele voortuitgang opgetreden. Circa 40% herstelt (vrijwel) volledig binnen een jaar.
  - Dysartrie (circa 35%). Dit herstelt bij 15% van de patiënten niet volledig.
- Slikstoornissen
- Verlies van controle over de blaas en defecatieproblemen.
- Vermoeidheid en vermindering van het uithoudingsvermogen.
- Frequent optredende complicaties
- Inadequate inname van voedsel en vocht en versliikpneumonieën als gevolg van slikstoornissen.
- Schouderpijn of oedeem van de hand als gevolg van een verkeerde houding bij zitten en/of liggen en het overstrekken van de hand en pols.
- Valincidenten
- Epilepsie (circa 10%)
- Neuropsychologische functiestoornissen
- Vermindering van de cognitieve vermogens (35 tot 55%). Dit kan onder andere tot stoornissen in aandacht, gehengen of oriëntatie leiden. Circa 10% van de patiënten ontwikkelt een dementie.
- Stoornissen in de warneming. Neglect is een warnemingsstoornis die in de acute fase veelvuldig voorkomt. Hierbij wordt de lichaamshelft contralateraal aan de aangedane hersenhelft onvolledig waargenomen. Anosognosie, waarbij de patiënt meent de getroffen lichaamshelft normaal te kunnen gebruiken, kan optreden bij laesies in de pariëtale cortex van de niet-dominante hemisfeer. Vermindering van de visueel-ruimtelijke waarneming gaat vaak gepaard met apraxie.
- Verandering in emotioneel opzicht of gedrag (50%). Het kan gaan om initiatiefverlies, emotionele labiliteit, impulsiviteit, ontremming, egocentricitiet, aandacht vragend gedrag, agressiviteit, angst of prikkelbaarheid en veranderingen in de seksualiteit. Een derde van alle patiënten ontwikkelt vroeg of laat een depressie.

Medicamenteuze behandeling & secundaire preventie
De neuroloog start de medicatie. Een uitzondering hierop is de oplaaddosis acetylsalicylzuur als bij aankomst de verschijnselen zijn verdwenen en een TIA wordt vermoed, maar de patiënt niet dezelfde dag in de tweede lijn beoordeeld wordt.
Na een *TIA* of *herseninfarct* worden patiënten, in principe levenslang, behandeld met de volgende medicatie:
Trombocytenaggregatieremmers
Er zijn twee gelijkwaardige behandelopties:
1. *Clopidogrel*: clopidogrel 1 dd 75 mg. In geval van bijwerkingen kan de behandeling vervangen worden door acetylsalicylzuur in combinatie met dipyridamol.
2. *Acetylsalicylzuur* in combinatie met *dipyridamol*: acetylsalicylzuur 1 dd 80 mg (of carbasalaatcalcium 1 dd 100 mg). De dosering dipyridamol bedraagt 2 dd 200 mg.63,64,65)
De – over het algemeen voorbijgaande – hoofdpijn die geregeld optreedt bij gebruik van dipyridamol lijkt deels te worden voorkomen door geleidelijke dosisverhoging (week 1 en 2 dipyridamol 1 dd 200 mg, hierna 2 dd 200 mg). Indien behandeling met dipyridamol niet wordt verdragen of in geval van een allergie voor acetylsalicyluur verdient monotherapie met clopidogrel de voorkeur. Er is geen reden om de combinatiebehandeling om te zetten in clopidogrel indien er geen bijwerkingen of problemen met de therapietrouw zijn.
Beoordeel bij het gebruik van een acetylsalicylzuurderivaat of clopidogrel of er een indicatie is voor maagbescherming, zie de NHG-Standaard Maagklachten.

Benadering bewoners met vasculaire dementie in de ouderenzorg
Inventariseer en vervolg de functionele beperkingen. Hierbij kan de Barthelindex behulpzaam zijn (tabel 3). Het advies is om de index na een week, drie maanden en zes maanden af te nemen, tenzij dit in het kader van het revalidatieproces al elders gebeurt.

Het Zorgleefplan en Benaderingsplan is afgestemd op symptomen van de individuele bewoner:

Lichamelijk symptomen
- Halfzijdig verlamming
- Verwaarlozen verlamde deel van het lichaam
- Problemen met zien (hemianopsie)
- Vermoeidheid
- Problemen met coördinatie en inzicht
- Incontinentie

Gevolgen denken en geheugen
- spreken en begrijpen van taal (afasie)
- verwerken van prikkels (overprikkeling bij drukte en onverwachte situaties)
- Begrip en lerend vermogen (agnosie)
- Geheugenstoornissen
- moeite met handelingen (apraxie)
- Ruimtelijke waarneming (diepte zien)

Gevolgen gedrag
- Impulsief gedrag
- Verlies interesse en initiatief
- inder flexibel
- Waardigheidsverlies
- Veranderd tijdsbesef en gehaast gedrag

Emotionele gevolgen
- Angst
- Labiliteit, dwangmatig huilen en frustratie

Na een periode van revalidatie waarin intensief wordt gewerkt aan verbetering van de symptomen in een revalidatiekliniek zal de patiënt terug naar de thuissituatie kunnen of een indicatie voor een opname in het verpleeghuis krijgen.
Een multidisciplinaire aanpak werpt de meest vruchten af in de behandeling en verzorging. Hierbij zijn de volgeden disciplines betrokken; fysiotherapeut, revalidatiearts, ergotherapeut, diëtist(slikstoornissen), logopedist (spraakstoornissen) en psycholoog

Zie download pagina voor diverse links (naslag, aanbevelingen, etc.)

© Esculaap.nl - Alle rechten voorbehouden. *Ontvang alert bij updates/wijzigingen zakkaartjes:* esculaap.nl/update