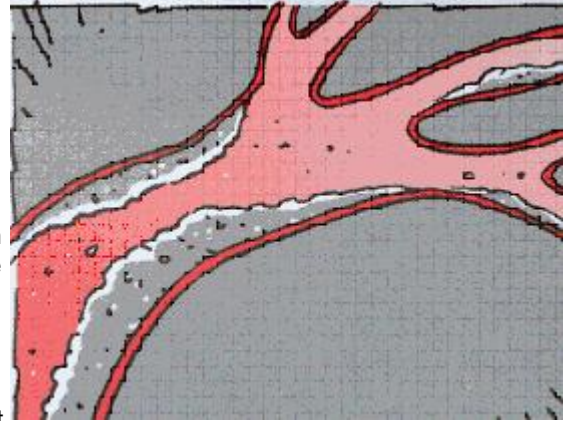


Beroerte

Als de bloedvoorziening naar de hersenen plotseling onderbroken wordt, spreekt men van een beroerte. Er kan dan sprake zijn van een hersenbloeding, van een herseninfarct en van een TIA of tijdelijke/voorbijgaande beroerte. Een beroerte wordt ook wel een stroke of een CVA genoemd: Cerebro Vasculair Accident.

Doordat er geen bloed meer komt in een deel van de hersenen, functioneert een deel van de hersenen niet meer. Meestal treden er verlammingen op, zie voor andere verschijnselen kopje symptomen.

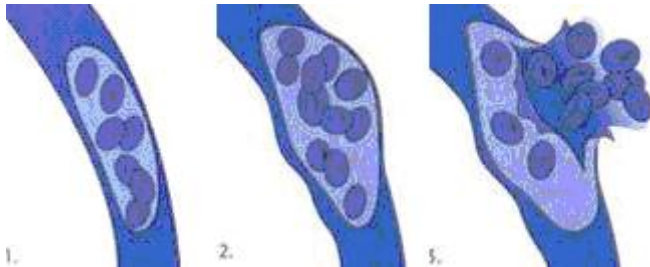


Herseninfarct

In 80% van de gevallen van de beroertes gaat het om een herseninfarct. Dit ontstaat als een bloedstolsel een slagader in het hoofd afsluit, waardoor een deel van de hersenen geen bloed en dus geen zuurstof meer krijgt. Dit deel van de hersenen sterft daardoor af. De oorzaak van de vernauwing in de slagader kan slagaderverkalking (ook wel atherosclerose genoemd) zijn, maar het is ook mogelijk dat een bloedprop via het hart naar de hersens aangevoerd is en daar een ader afsluit.

Hersenbloeding

Een hersenbloeding ontstaat doordat een zwakke plek in een bloedvat openbarst of scheurt. Hierdoor raakt er hersenweefsel beschadigd. De verschijnselen zijn hetzelfde als bij het herseninfarct. Hieronder ziet u een voorbeeld van een hersenbloeding.



TIA (tijdelijke of voorbijgaande beroerte)

Als de verschijnselen van een beroerte maar kort aanhouden, is er sprake van een TIA (transient ischemic attack). Dit is een tijdelijke beroerte, waarbij de verschijnselen tussen de 20 minuten en 24 uur aanhouden. Verlamming, duizeligheid, dubbelzien of blindheid aan één oog zijn veelvoorkomende verschijnselen. Meestal aan één kant, omdat de TIA meestal maar in één hersenhelft zit. De linker hersenhelft stuurt de rechterkant van het lichaam aan en de rechter hersenhelft stuurt de linkerkant van het lichaam aan. Bij verlamming aan de linkerkant van het lichaam, is er dus sprake van een beroerte ergens in de rechter hersenhelft. Verder zit het spraakcentrum weer in de linkerhersenhelft.

Symptomen

Voorafgaand aan een beroerte, is er in 20 tot 30% van de gevallen sprake van kortdurende uitvalsverschijnselen in de hersenen. Deze kunnen zich uiten in:

- dubbelzien
- blindheid aan één van beide ogen
- wartaal praten, moeilijk praten
- evenwichtsproblemen, duizeligheid, gebrekkige coördinatie van armen en benen

- een afhankende mondhoek en/of een scheef gezicht
- Vaak duren deze signalen korter dan 20 minuten en verdwijnen ze binnen een dag weer. In dat geval is er sprake geweest van een TIA, een voorbijgaande beroerte dus. Een TIA kan echter een belangrijke voorbode zijn van een hersenbloeding of herseninfarct.

Gevolgen

- *Verlamming*. Na een beroerte heeft meer dan 80% van de gevallen één of meerdere verlammingen. De verlammingen na een beroerte in de grote hersenen beperken zich altijd tot één kant van het lichaam. We spreken dan van een halfzijdige verlamming of hemiplegie. Verlammingen aan de rechterkant worden veroorzaakt na een beroerte aan de linkerkant en een halfzijdige verlamming links wordt veroorzaakt door een beroerte aan de rechterkant
- *Gevoelsstoornis*. De gevoelsstoornissen zijn halfzijdig en treden vrijwel altijd op aan de kant van de verlamming. Er kunnen verschillende vormen optreden bijvoorbeeld geen pijn, kou en warmte of aanrakingen meer voelen. Of dat iemand helemaal niet meer voelt. Ook kan het zo zijn dat iemand constant prikkelingen of tintelingen voelt (paraesthesiën). Het zogenaamde diepe gevoel kan ook verstoord zijn. Iemand kan niet goed meer voelen hoe de stand van zijn arm of been is. Wanneer iemand niet meer voelt hoe de stand van arm of been is kan hij nauwelijks meer lopen.
- *Verwaarlozing (neglect)*. Iemand met verwaarlozing of neglect heeft geen aandacht meer voor één kant van zijn lichaam en voor de omgeving aan deze kant van zijn lichaam. Eén kant van het lichaam bestaat niet meer. Hij is zich er niet van bewust. Zoals geldt voor alle gevolgen van een beroerte pakt een neglect niet voor iedereen hetzelfde uit. De neglect kan sterker zijn als iemand moe is of als er links en rechts veel dingen tegelijk gebeuren.
- *Stoornis in het zien (hemianopsie)*. Bij hemianopsie is een deel van het gezichtsveld wazig. Het wazige gebied wordt niet veroorzaakt door uitval van één oog. In beide ogen is hetzelfde stukje aan de linker- en rechterkant van het gezichtsveld wegge gevallen. De uitval is het gevolg van een beschadiging in de hersenen. Iemand heeft uitvalsverschijnselen van het oog door beschadiging van de oogzenuw.
- *Het onvermogen om jezelf uit te drukken d.m.v. woorden (afasie)*. Afasie is een spraakstoornis. Iemand met een spraakstoornis spreekt moeilijk, omdat hij moeite heeft met het bewegen van de spieren van zijn mond, tong en keel. Bij afasie is de functie van het taalcentrum in de hersenen verstoord. Iemand kan moeite hebben van het vinden van de juiste woorden, terwijl hij precies weet wat hij wil zeggen. Iemand kan de verkeerde woorden gebruiken. Hij zegt 'trui' maar bedoeld 'broek'.
- *Het onvermogen om doelbewuste handelingen uit te voeren (apraxie)*. Iemand kan in woorden uitdrukken hoe hij iets moet doen, maar hij kan het niet uitvoeren. Dit onvermogen is niet het gevolg van verlamming, gevoelsstoornis of verwaarlozing. Hij kan bijvoorbeeld geen koffie meer zetten, omdat hij de koffie op het schoteltje legt, het water in het kopje doet en de koffiefilter in zijn hand houdt. De
- *Pijn*. Pijnklachten kunnen zijn gewrichtspijn, gezwollen of koude benen aan de verlamde of verwaarloosde kant en drukpijn. Pijnklachten die het gevolg zijn van een gevoelsstoornis kunnen heel hardnekkig zijn. Iemand heeft het gevoel dat hij zich verbrandt heeft of constant met naalden in een arm of been wordt gestoken. De pijn ontstaat soms direct na de beroerte, maar kunnen zich ook ontwikkelen enige weken tot maanden later.
- *Toeval (vroeger epilepsie genoemd)*. Een toeval ontstaat kort na een beroerte of pas na enige tijd. Het eerste jaar na de beroerte is de kans hierop 5%, daarna daalt het risico tot 1 à 2%.
- *Snelheid van handelen/denken*. Het tempo waarin iemand informatie verwerkt kan vertraagd zijn
- *Vergeetachtigheid*. Bij geheugenproblemen wordt informatie sneller vergeten
- *Concentratieproblemen*. Achteruitgang in de concentratie.
- *Stemmingsveranderingen*. De stemming kan veranderen. Sommige mensen trekken zich terug en zijn somber. Anderen kunnen hun emoties niet in bedwang houden, ze zijn snel kwaad of lachen en huilen terwijl daar geen aanleiding voor is. Soms lukt het ze niet om te stoppen.
- *Vermoeidheid*. Na een beroerte klaagt bijna iedereen over vermoeidheid. Alles kost ook veel energie

- *Depressie.* Het is belangrijk om deze gevoelens bij iemand te herkennen. Bij een depressie is iemand niet gemotiveerd voor revalidatie. Een depressie maakt het leven voor de betrokkenen extra moeilijk. Een depressie kan behandeld worden door medicijnen
- *Verwerking van de beroerte.* Mensen hebben vaak veel problemen bij het verwerken van een beroerte. Dat heeft te maken met het besef dat het lichaam het volkomen onverwacht heeft laten afweten. De vanzelfsprekendheid waarmee je op je lichaam kon vertrouwen is verdwenen. Het kost tijd en energie om die ervaring te verwerken.

Doordat er na een beroerte vaak sprake is van moeilijkere communicatie (met de omgeving), gedeeltelijk verlies van het gezichtsveld en fysieke problemen, kunnen mensen problemen krijgen. Zo kan men door (gedeeltelijke) invaliditeit in de ziektewet belanden, sociale contacten kunnen minder worden en ook de familie kan heel wat te stellen krijgen met de patiënt waardoor daar druk ontstaat of schuldgevoelens ontstaan

Diagnose

Om de diagnose beroerte vast te stellen wordt er vaak gebruik gemaakt van een CAT-scan en/of een MRI scan. Zodra er een aantal symptomen aanwezig zijn kan er door een arts beslist worden of een scan (MRI of CAT) gemaakt kan worden, om zo een beroerte aan te tonen of uit te sluiten.

Herkennen van een beroerte

- **Mond:** Let op of de mond scheef staat of een mondhoek naar beneden hangt. *Hulpmiddel als u het niet direct ziet: vraag de persoon om zijn tanden te laten zien.*
- **Arm:** Let op of een arm (of been) verlamd is.



Hulpmiddel: Vraag aan de persoon 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:** Let op of de persoon onduidelijk spreekt of niet meer uit de woorden komt.

Hulpmiddel: vraag aan de persoon een zin uit te spreken.

- **Tijd:** Stel vast hoe laat de klachten bij de persoon zijn begonnen. Indien de persoon binnen drie uren behandeld wordt, is de kans op herstel groter.

Dit zijn de eerste symptomen die vooraf een beroerte waarneembaar zijn.

Oorzaken / risicofactoren

Een beroerte ontstaat als de hersenen plotseling geen bloed meer krijgen. Dat kan op twee manieren gebeuren: via een herseninfarct of via een hersenbloeding.

Ongeveer 80% van de beroertes ontstaat door een herseninfarct (een afsluiting van een bloedvat). Dit komt vooral bij ouderen voor, vaak als gevolg van aderverkalking of trombose.

De overige beroertes ontstaan door een hersenbloeding. Hersenbloedingen kunnen ontstaan door een aangeboren zwakke plek in de slagader of aderverkalking in combinatie met een te hoge bloeddruk. (Dit komt relatief vaker voor bij jonge mensen).

Sommige mensen lopen een groter risico op een beroerte. De belangrijkste risicofactoren zijn:

- ouderdom;
- hoge bloeddruk;
- diabetes mellitus (suikerziekte);
- te hoog cholesterol;
- hart- en vaatziekten;
- roken;

- stress;
- overgewicht;
- te weinig bewegen.

Epidemiologie

In Nederland krijgen ongeveer 30.000 mensen per jaar een beroerte en leven rond 120.000 mensen met de gevolgen van een beroerte. Het is doodsoorzaak nummer 4 in Nederland en één van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit. Het grootste gedeelte van de sterfte binnen de groep hart -en vaatziekten wordt veroorzaakt door de ischemische hartziekte (13.343) en een beroerte (10.429). Beroerte is verantwoordelijk voor 24% van de sterfte binnen hart -en vaatziekten. In 2005 stierven er 4.064 mannen en 6.365 vrouwen aan een beroerte.

Beroertes komen over het algemeen pas voor op latere leeftijd, meestal tegen de 60jaar aan. Voor deze tijd worden beroertes niet vaak gediagnosticeerd. Dit wil niet zeggen dat beroertes niet voorkomen voor deze leeftijdsgrens, er bestaat altijd een kans dat u een beroerte kan krijgen.

Behandeling

De behandeling is door de complexe klachten bijna altijd in een multidisciplinair team:

- *De fysiotherapeut:* Het werk van de fysiotherapeut richt zich vooral op het zo goed mogelijk functioneren van het eigen lichaam. Het belangrijkste doel na een beroerte is dat er weer controle komt over het eigen lichaam, waarbij gezonde en aangedane zijde zoveel mogelijk samenwerken. Verder wordt er geprobeerd ongunstige gevolgen van de verlammingen en bedrust tegen te gaan. Er kunnen dwangstanden of contracturen van de armen en benen ontstaan. Door oefeningen probeert men te stimuleren dat de patiënt zich meer bewust wordt van de verlamde zijde.
- *De ergotherapeut:* Kijkt in hoeverre iemand zich kan redden, huishoudelijk werk kan verrichten of misschien ook nog ander werk. Hij gaat na wat de beperkingen zijn die iemand heeft door zijn handicap. Vervolgens traint hij met de patiënt de vaardigheden zodat hij een zo zelfstandig mogelijk leven kan leiden. Zo nodig adviseert hij extra hulpmiddelen of voorzieningen die in het huis aangepast moeten worden.
- *De logopedist:* Richt zich op de communicatie en probeert de taal en de spraak te verbeteren. De logopedist adviseert ook bij slikstoornissen. Als de slikstoornissen leiden tot problemen bij het eten, wordt er advies gevraagd bij de diëtist.
- *De diëtist:* Adviseert de patiënt over voeding. Om de kans op herhaling van een beroerte te verkleinen, krijgt een patiënt soms een speciaal dieet.
- *De neuropsycholoog:* Helpt de patiënt bij het verwerken. Hij onderzoekt of de patiënt onzichtbare stoornissen heeft en zoekt naar manieren waarop de patiënt met de verloren psychische functies zo goed mogelijk kan leven.
- *De maatschappelijk werkster:* Begeleidt de patiënt met maatschappelijke zaken, zoals financiën en de verzekeringen. Daarnaast ondersteunt zij de partner bij de verwerkingsprocessen.
- *De revalidatiearts:* Is verantwoordelijk voor de gehele revalidatie van de patiënt. Hij inventariseert wat haalbaar is.

Fysiotherapeutische behandeling.

Als de fysiotherapeut voor het eerst naar u toe komt of gaat voor het eerst naar de fysiotherapeut, wordt er eerst een inschatting gemaakt in hoeverre mate u beperkt bent in uw functioneren in het dagelijks leven. Om achter deze informatie te komen gaat de fysiotherapeut eerst even met u praten en vraagt hij/zij eventueel of u een vragenlijst in wilt vullen. De fysiotherapeut gaat vervolgens dan verder te werk met een aantal meetinstrumenten. Als u een onvoldoende scoort op een van deze meetinstrumenten, wil dit zeggen dat u voor dit aspect voor verbetering vatbaar bent. De meetinstrumenten staan in het kader van: Bewegingsuitslag, pijn, reflexen, hersenzenuwfuncties, stijfheid bij passief bewegen, spasticiteit, zitbalans, stabalans, transfers (een manier om van A naar B te komen), uithoudingsvermogen (lokaal en algemeen), loopvaardigheid en handvaardigheid.

De fysiotherapeut houdt deze gegevens goed bij en maakt vervolgens een behandelplan die hij/zij met u zal gaan bespreken. De fysiotherapeut richt zich dan zowel op de aangedane als op de niet aangedane zijde van de patiënt.

Voor meer uitgebreide informatie verwijzen wij u naar

www.beroerte.info