

Achtergrond

In de Palliatieve fase ontstaan naast lichamelijke beperkingen ook regelmatig cognitieve stoornissen.

Voor de achtergrond kun je onderstaande tekst lezen of op internet de volgende youtube filmpjes bekijken (alles mag natuurlijk ook):

<https://www.youtube.com/watch?v=2upSzueYbHY>

<https://www.youtube.com/watch?v=HyXuYjdMxoc>

De meest ontregelende situatie in de palliatieve fase wordt gevormd door het delier. Het delier betreft een toestandsbeeld waarbij er in korte tijd (uren tot dagen) klachten ontstaan die leiden tot verwardheid, een wisselend bewustzijn en angst. Het klachtenbeeld kan heel divers zijn en uiteenlopen van hallucinaties en wanen tot juist een apatisch delier hetwelk zich uit in initiatiefverlies. Alhoewel het delier in principe een voorbijgaande aandoening is, vindt bij kwetsbare patiënten niet altijd volledig herstel plaats. Een delier komt voor bij 25-45% van de patiënten met kanker die worden opgenomen in een ziekenhuis of hospice en bij 40-90% van de terminale patiënten. Het delier moet onderscheiden worden van dementie en psychiatrische aandoeningen zoals psychose.

Het delier is op zich een uiting van ernstige somatische problematiek. Sterker nog, per definitie is er sprake van somatisch lijden. Het blijkt dat een niet onaanzienlijk deel van de delieren iatrogeen veroorzaakt wordt door bijvoorbeeld voorgeschreven medicatie. Wanneer een delier optreedt in de palliatieve fase, is dit een prognostisch ongunstig teken. De mediane overleving van patiënten met een gemetastaseerde maligniteit die een delier ontwikkelt betreft ongeveer 3 weken. Bij een delier is er een gestoorde balans van neurotransmitters, waarbij er sprake is van een tekort aan acetylcholine en een teveel aan dopamine. Interfereren in deze neurotransmitters vormt dan ook de basis voor de medicamenteuze behandeling van het delier.

Ten onrechte wordt de niet-medicamenteuze behandeling van het delier onderschat. Het verzorgen en omgaan met delirante patiënten vraagt een gerichte en eenduidige aanpak en dit is van groot belang. Denk hierbij onder andere aan hulp bij oriëntatie (vertel de patiënt waar hij is, wie u bent en wat u komt doen, etc.), hulp bij reductie van angst (rustige, vriendelijke houding; laat de patiënt niet alleen; creëer een rustige omgeving, etc.) en het tonen van begrip voor emoties rondom wanen en hallucinaties. Binnen deze niet-medicamenteuze aanpak is het essentieel dat er goed samengewerkt wordt tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, te weten: de hoofdbehandelaar, geconsulteerde specialisten, verpleegkundigen en zorgassistenten. Vervolgens moet het (niet)-medicamenteuze behandelbeleid goed worden afgestemd met familieleden van de patiënt. Veel hulpverleners worden in de Palliatieve fase door de situatie overvallen als de patiënt zelf niet meer goed aanspreekbaar is en de familie een burn-out vertoont. Het is dus belangrijk om te realiseren dat de behandeling van het delier een multidisciplinaire exercitie is.

Bij een delier is er sprake van een vrij acute cerebrale ontregeling. De oorzaak is meestal multifactorieel. Omdat er ook in de palliatieve fase vaak één of meer onderliggende reversibele factoren aanwezig zijn, is het altijd goed een differentiaal diagnose op te stellen en actief onderzoek hiernaar te verrichten. Indien geïndiceerd moet worden overgegaan tot behandeling van de onderliggende factor(en).

Daarnaast zal er symptoombehandeling plaats vinden om klachten te verlichten totdat een eventuele oorzakelijke aanpak effect sorteert. Indien er op geen enkele manier symptoom controle te verkrijgen is, zal dit een reden zijn om Palliatieve sedatie te starten (zie ook ZSO Palliatieve sedatie).

Literatuur

- Richtlijn Delier (Pallialine)
- Richtlijn Delier Volwassenen en Ouderen (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie)
- **Ter verdieping:** Agar et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care. A randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine 2017;177(1):34-42.

Instructie

In de huidige ZSO zal de nadruk liggen op de praktische toepassing van de Richtlijn Delier. Centraal staat de zorg voor de patiënt, waarbij er aandacht is voor structurele analyse van de somatiek met bijbehorende diagnostische stappen (opdracht 1) en de (niet)-medicamenteuze behandeling van een delier (opdracht 2).

Gebruik de richtlijnen als naslagwerk.

Opdracht 1

Het diagnostische traject rondom een delier

Casus (waar gebeurd, op enkele punten aangepast).

Een 70-jarige man met een inoperabel lymfome en cutaan gemetastaseerd melanoom wordt 's nachts gezien op de SEH vanwege sinds 3 dagen bestaande onrust en verwardheid. In de nachten voorafgaand aan het SEH bezoek heeft patiënt ook visuele hallucinaties gehad. Hij zag toen mensen bij de auto staan die er niet zijn en pakte midden in de nacht zijn spullen om op vakantie te gaan. Het betreft een sterk wisselend beeld waarbij patiënt zich overdag eigenlijk vrij goed voelt. Overigens voelde patiënt zich 3 dagen geleden nog prima. Hij functioneerde goed en was ADL-zelfstandig.

Bij aankomst op de SEH geeft patiënt aan 'gek te worden in het hoofd', maar hij kan het niet beter onder woorden brengen. Er is geen sprake van hoofdpijn, misselijkheid of braken. De familie vindt patiënt ook anders dan anders. Patiënt heeft moeite om op woorden te komen. Hij is motorisch onrustig, plukkerig en springt iedere 5 minuten weer uit bed. Patiënt heeft totaal geen rust. Familie is bang dat patiënt er van door gaat. Via de huisarts is reeds gestart met haloperidol 3x per dag 1 mg. Ook heeft patiënt oxazepam 3x per dag 10 mg gekregen. Dit heeft volgens patiënt en zijn familie



geen effect gehad. Verder zegt de familie dat patiënt sinds de afgelopen 24 uur slecht loopt. Er is hierbij geen uitval bemerkt aan armen of benen.

1. Mis je (als behandelend arts) medisch inhoudelijke informatie? Zo ja, wat wil je nog meer weten van patiënt en/of zijn familie?
2. Welke risicofactoren voor het ontwikkelen van een delier heeft deze patiënt? En over welke factoren mis je nog gegevens die je in vraag 1 niet aan de orde gesteld hebt?
3. Hoe ziet de differentiaal diagnose eruit en welke diagnostiek wil je verrichten in acht genomen dat het een palliatief traject betreft en het midden in de nacht is? Probeer bij het opstellen van de differentiaal diagnose systematisch te werk te gaan, bijvoorbeeld door het classificeren per orgaansysteem of onderliggend pathofysiologisch mechanisme.

In de nacht werd er op de SEH diagnostiek ingezet in de vorm van bloedonderzoek, urine onderzoek en een thoraxfoto. Hierbij bleek er geen sprake van dehydratie, elektrolytstoornissen of een (systemische) infectie. Gedurende het verblijf op de SEH is patiënt hemodynamisch stabiel en heeft hij geen koorts. Bij neurologisch onderzoek wordt geen uitval gevonden.

4. Is er een onderliggende oorzaak voor het delier dat je absoluut 's nachts wilt uitsluiten en nu nader wil onderzoeken? Welk aanvullend onderzoek en eventuele behandeling wil je hiervoor inzetten (dus wat is de consequentie van het onderzoek nu)?

Bij aanvullende diagnostiek werden hersenmetastasen uitgesloten. De niet-oncologische voorgeschiedenis van patiënt vermeldde atriumfibrilleren en een heupprothese beiderzijds. Bij het bestuderen van de oncologische voorgeschiedenis bleek patiënt 2 weken voor opname gestart te zijn met de eerste gift immunotherapie (pembrolizumab) voor zijn gemetastaseerde melanoom. Verder gebruikt hij: carbasalaatcalcium 100 mg per dag, diclofenac 50 mg 2dd1, kinidine 200 mg 3dd1, metoprolol 100 mg 2dd1, pantoprazol 40 mg 1dd1 en voor zijn delier zoals eerder gemeld haloperidol 3 dd 1 mg en oxazepam 3 dd 10 mg.

5. Welke diagnose als verklaring voor het huidige toestandbeeld staat nu bovenaan in je differentiaal diagnose?

Opdracht 2

De (niet)-medicamenteuze behandeling van het delier zelf

1. Welke niet-medicamenteuze adviezen wil je geven aan de familieleden, de verpleegkundigen van de afdeling en andere zorgverleners? Hiervoor kun je ook op internet zoeken naar een patiënten folder over het delier.
2. Welke medicamenteuze behandeling zou je willen voorstellen nu de haloperidol 3 dd 1 mg en oxazepam 3 dd 10 mg onvoldoende effect hebben?



Ter verdieping: Als eerste medicamenteuze stap stelt de richtlijn Delier, behandeling voor met haloperidol per os of intraveneus. Echter, de recente paper van Agar en collega's laat zien dat er aanwijzingen zijn dat haloperidol in vergelijking met placebo zelfs leidt tot oversterfte.

Wat zou je doen? Conform richtlijn toch starten met haloperidol? Of zou je het medicamenteus geheel anders aanpakken? Kijk op internet of je nog meer opties kunt vinden.

Probeer je antwoord zo goed mogelijk te onderbouwen met behulp van de literatuur.

Product

Uitwerking van de casus en het beantwoorden van bovengenoemde vragen.