

Antwoorden bij ZSO Delier

Opdracht 1

Het diagnostische traject rondom een delier

1. Antwoord (geen onuitputtelijke lijst) :
 - a. Medische voorgeschiedenis?
 - b. Actuele medicatielijst?
 - c. Recente verandering van medicatie?
 - d. Allergieën?
 - e. Is patiënt gevallen?
 - f. Hoe is de psychosociale situatie van patiënt?
 - g. Gebruikt patiënt alcohol?
 - h. Gebruikt patiënt drugs?
 - i. Is er sprake van recent staken van roken, alcohol of drugsgebruik?
 - j. Heeft patiënt koorts en/of koude rillingen gehad?
 - k. Heeft patiënt veel moeten transpireren?
 - l. Heeft patiënt goed gedronken de afgelopen periode?
 - m. Is patiënt recent geopereerd?
 - n. Hoort en ziet patiënt nog goed?
 - o. Zijn er neurologische verschijnselen bij zijn slechte lopen?
 - p. Heb je zelf nog andere antwoorden gevonden, bespreek dit tijdens het RC.

2. Antwoord:

Bekende risicofactoren:

- Leeftijd van 70 jaar
- Gemetastaseerd melanoom

Onbekende risicofactoren:

- a) Relevante voorgeschiedenis en medicatie gebruik
- b) Gebruik van alcohol, opioïden, roken en/of drugs
- c) Infectieus probleem
- d) Hypoxemie
- e) Anemie
- f) Elektrolytstoornis (hyponatriemie, hypernatriemie, hypercalciemie)
- g) Hersenmetastasen of meningitis melanomatosa
- h) Hypoglycemie of hyperglycemie
- i) Schildklierfunctiestoornissen



- j) Dehydratie / nierfalen
- k) Leverfalen
- l) Recente chirurgie
- m) Gehoor- en visusstoornissen
- n) Pre-existente cognitieve stoornissen

3. Antwoord:

Zie antwoord bij vraag 2 voor de verschillende risicofactoren.

Aanbevolen inventarisatie + in te zetten diagnostiek bij palliatieve patiënt:

- a) Nagaan voorgeschiedenis, medicatiegebruik en gebruik van alcohol, roken en drugs
- b) Hoe is het gehoor en de visus
- c) Lichamelijk onderzoek: oa long afwijkingen?, huidafwijkingen?, volle blaas bij percussie? neurologische afwijkingen/uitval?
- d) Laboratorium onderzoek: volledig bloedbeeld + differentiatie, kreatinine, eGFR, Na, K, Ca, albumine, bilirubine totaal, ASAT, ALAT, LDH, AF, glucose, CRP en TSH
- e) Indien verdenking urineweginfectie: urineonderzoek
- f) Indien verdenking pneumonie: X-thorax en overwegen bloedgas bij lage saturatie
- g) Gezien klinische verdenking op hersenmetastasen: CT cerebrum verrichten
- h) Gezien vrij acuut ontstane woordvindstoornissen en niet goed meer kunnen lopen: cave subarachnoïde bloeding / subduraal hematoom. Klinische gegevens hieromtrent verkrijg je door de CT cerebrum die je al wilde verrichten voor de diagnostiek naar hersenmetastasen. Bedenk wel welke consequenties een bloeding heeft in de palliatieve setting gezien ontbreken reële behandelopties in geval van een subarachnoïde bloeding of subduraal hematoom. Het verrichten van een craniotomie is namelijk een brug te ver.
- i) Indien verdenking meningitis: lumbaalpunctie (LP) met voorafgaand een CT-cerebrum (om verhoogde hersendruk uit te sluiten) zodat je veilig een LP kan doen. Bedenk ook hier of je der LP echt nodig hebt voor je beleid. Waarom wel/niet?

4. Antwoord:

Er is geen harde indicatie voor het verrichten van een CT cerebrum in de nacht. Dit gezien de afwezigheid van neurologische uitvalverschijnselen of een epileptisch insult door hersenmetastasen en het ontbreken van reële behandelopties in geval van een subarachnoïde bloeding of subduraal hematoom. Er is wel een indicatie om overdag beeldvorming van het hoofd te verrichten en vervolgens te starten met corticosteroïden in geval van hersenmetastasering + overwegen van radiotherapie. Het kan je ook helpen in het gesprek met de familie omtrent prognose, verdere behandeling en wat dan nu de wensen/waarden zijn van patiënt/familie voor het vervolg. Naar huis met zorg? In het ziekenhuis blijven? Etc.



5. Antwoord:

- Medicamenteuze oorzaak door recente start met immunotherapie: Encephalitis auto-immuun (pembrolizumab geïnduceerd of door auto-antistoffen). Een bacteriële encephalitis is minder waarschijnlijk gezien geen koorts en goede vitale parameters, een virale encephalitis zou nog wel kunnen.
- Leptomeningeale metastasering van het melanoom zijn ook nog niet uitgesloten.

Opdracht 2

De (niet)-medicamenteuze behandeling van het delier zelf

1. Antwoord:

Zie richtlijn:

Het verzorgen van en omgaan met een delirante patiënt vraagt een eenduidige en gerichte aanpak. De aanpak wordt bepaald door de symptomen die op de voorgrond staan. Praktische richtlijnen voor het omgaan met de patiënt zijn van groot belang. De volgende interventies kunnen worden toegepast, zowel door professionele hulpverleners als door mantelzorgers:

Bij desoriëntatie:

- Laat de patiënt zo min mogelijk alleen; ook aanwezig zijn zonder iets te doen kan steun geven.
 - Zeg regelmatig wie u bent en wat u komt doen.
 - Vertel de patiënt waar hij is.
 - Spreek rustig in korte zinnen en stel korte vragen zonder veel keuze mogelijkheden.
 - Beperk bezoek in aantal en tijdsduur.
 - Ga in het gezichtsveld van de patiënt zitten (pak ook als je haast hebt er een stoel bij) en zoveel mogelijk aan één zijde van het bed.
 - Let erop dat de patiënt (indien van toepassing) bril en gehoorapparaat gebruikt.
 - Zorg voor continue verlichting van de kamer, ook 's nachts door middel van een nachtlampje.
 - Hang een klok op met duidelijk zichtbare wijzerplaat.
-
- Benoem dag en tijdstip.
-
- Plaats eventueel belangrijke foto's binnen gezichtsveld van de patiënt.
 - Controleer of het gezegde begrepen wordt, maar beseft dat niet alles zal blijven hangen in het geheugen.
 - Zeg wanneer u weer terugkomt, schrijf dit eventueel duidelijk leesbaar voor de patiënt op.
 - Als de patiënt 's avonds wel moe is maar niet in slaap komt, kan het helpen hem juist alleen te laten, de verlichting helemaal uit te doen en de kamer te verduisteren en geluidsprikkels te vermijden.

Bij angst:

- Hanteer een rustige, vriendelijke houding die niet als bedreigend overkomt.
- Spreek eventueel de patiënt aan in het dialect dat hij gewend is.
- Creëer een rustige en stabiele omgeving.



- Achterhaal indien mogelijk wat de oorzaak van de angst is (hallucinaties, wanen, controleverlies).
- Laat de patiënt niet alleen bij hevige angst of paniek.
- Ga na wie of wat een positieve uitwerking hebben op de angst van de patiënt.
- Maak regelmatig een sociaal praatje, aansluitend bij de leefwereld en interesses van de patiënt.
- Vermijd beladen of emotionerende gespreksonderwerpen.

Bij overgevoeligheid voor prikkels/waarnemingen:

- Gebruik een vaste dagindeling als voorwaarde om het aantal en de aard van de prikkels te doseren.
- Benader de patiënt op een rustige en geruststellende wijze.
- Beperk omgevingsprikkels door overzichtelijke en ordelijke inrichting, beperking aantal personen, eventueel deur sluiten indien geluiden de onrust versterken.
- Schakel radio en televisie uit.

Bij wanen en hallucinaties:

- Ga niet mee in de vreemde “waanideeën”; probeer de patiënt niet tegen te spreken maar zo mogelijk wel duidelijk te maken dat uw waarneming anders is.
- Praat met de patiënt over echte gebeurtenissen; betrek de patiënt in het hier en nu door bijvoorbeeld stukjes voor te lezen uit plaatselijke of regionale krant.
- Vermijd discussie, stemverheffing en het op confronterende wijze tegenspreken van de patiënt; maak zo mogelijk wel duidelijk dat de waarneming van de patiënt niet juist is.
- Toon begrip voor emoties en angst die wanen en hallucinatie opwekken.
- Probeer om de boodschap achter het verhaal te achterhalen.
- Zorg ervoor dat de patiënt goed zicht heeft op zijn omgeving, dat wil zeggen niet bij de deuropening zachtjes praten met derden. Besef dat achter een bedgordijn geluiden van medepatiënten te horen zijn.

Bij motorische onrust:

- Waarborg een veilige omgeving door het wegnemen van scherpe en harde voorwerpen, het zetten van het bed op de laagste stand, het naar beneden doen van de bedhekken, en het eventueel bekleden van bed of stoel met zachte materialen.
- Ga zorgvuldig om met beschermende maatregelen zoals fixatie; soms kunnen deze maatregelen onrust juist versterken.
- Ga na of er factoren zijn die de onrust versterken, denk hierbij aan volle blaas of volle darmen.
- Stimuleer de aanwezigheid van vertrouwde personen en beperk het aantal personen in de omgeving van de patiënt.

2. Antwoord:

Conform richtlijn is haloperidol 0,5-2 mg per dag eventueel in meerdere giften de eerste keus. Dit kan opgehoogd worden tot maximaal 10 mg/24 uur parenteraal of 20 mg/24 uur oraal. Vaak worden de toedieningstijden niet gelijk over de dag verdeeld maar bijvoorbeeld om 8.00- 17.00 en 22.00 uur aangezien de nachten meestal problematisch zijn.

Let op extrapiramidale bijwerkingen en interacties met andere medicatie. Indien de patiënt bekend is met Parkinson dan is haloperidol gecontra-indiceerd. Alternatieven zijn atypische antipsychotica, zoals olanzapine, quetiapine, risperidon en clozapine.



Dus ophogen van de haloperidol is een goede optie hier.

Gezien het feit dat patiënt vooral nachtelijke last van het delier ervaart is de overweging om vooral in de nacht sederende medicatie te geven in plaats van overdag. Hiermee wordt ook het natuurlijke dag/nachtritme gewaarborgd. Het is een goede optie om nachtelijk midazolam continue toe te dienen. Dit is dan géén Palliatieve sedatie maar behandeling voor het delier. De oxazepam overdag dient dan gestaakt te worden.

Patiënt werd opgenomen op de afdeling onder de verdenking van een auto-immuun gerelateerde encephalitis en behandeld met corticosteroiden en de pembroluzimab werd gestaakt, hierop verbeterde het beeld zienderogen.

Ter verdieping:

Recente literatuur (Agar et al. JAMA Internal Medicine 2017) wekt de indruk dat haloperidol en risperidon oversterfte laten zien bij palliatieve patienten met een delier. Daarom is het goed kritisch te zijn omtrent het medicamenteuze beleid rondom het delier. Aangezien op het onderzoek van Agar methodologisch het nodige is aan te merken en afwijken van een richtlijn enkel kan gebeuren met goede argumentatie dient eerst gekeken te worden of er geen andere opties zijn, waarbij opnieuw naar de differentiaal diagnose gekeken moet worden, om te beoordelen of er toch geen causale behandelingen mogelijk zijn.

Recente klinische observaties in het Radboudumc laten zien dat een chemische time-out met antihistaminerge en anticholinerge medicatie significante klinische verbetering kan laten zien in geval van een delier bij een palliatieve patiënt. Bij een aantal casus werd succesvol behandeling gegeven met: promethazine 25 mg iv voor de nacht en zo nodig nog een keer extra (sterk antihistaminerg en anticholinerg) + levomepromazine 25 mg iv (Nozinan, sterk sederende werking en licht antipsychotisch).

