

- 12 Aminoff MJ. Neurology and General Medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2001:320-4.
- 13 Acute colonic surgery and unrecognized hypothyroidism: a warning. Report of six cases. Dis Colon Rectum 1997;40:859-61.
- 14 De Graeff A, Verhagen EH, Eliel MR, Hesselmann GM, Kroeze-Hoogen-

- doorn GJ, redactie. Oncologieboek IKMN deel 2. Richtlijnen Palliatieve zorg. Utrecht: IKMN, 2002;261-79.
- 15 Wanrooij BS. Deskundigheidsbeoordeling van palliatieve zorg in de peergroup: een geslaagd project. Ned Tijdschrift Pall Zorg 2002;2:95-7.

Palliatieve zorg

De aanpak van het delier in de palliatieve fase

Bernardina Wanrooij, Marijse Koelewijn

Inleiding

Voor het delier in de palliatieve fase gold lange tijd het adagium: 'Je weet niet wat je niet weet'. Dit heet ook wel *onbewust onbekwaam zijn*. Zo klonk een jaar of acht geleden tijdens nascholingen over palliatieve zorg voor huisartsen bij de behandeling van het delier regelmatig een herkendend 'natuurlijk, dat was toen een delier'

Samenvatting

Wanrooij BS, Koelewijn M. De aanpak van het delier in de palliatieve fase. Huisarts Wet 2005;48(7):362-7.

Een delier komt veel voor bij patiënten in de palliatieve fase van een ernstige ziekte. Het ontstaat in korte tijd en is gekenmerkt door bewustzijnsstoornissen, angst en verwardheid. Soms uit een delier zich als een toestand van ernstige onrust, soms als een beeld waarbij de patiënt juist heel stil en apathisch is. Zowel voor de patiënt als de naasten is dit een zeer belastende situatie waarbij een goede aanpak nodig is. De levensverwachting speelt een belangrijke rol bij beslissingen ten aanzien van diagnostiek en mogelijkheden van behandeling. Bij ongeveer de helft van de patiënten kan het delier verminderen of verdwijnen door onderliggende oorzaken zoals infecties of geneesmiddelen-intoxicatie te behandelen. Bij de medicamenteuze behandeling is haloperidol het middel van eerste keus. Niet-medicamenteuze maatregelen zijn gericht op het creëren van een rustige en voor de patiënt herkenbare omgeving. Als een ernstig delier in de laatste dagen van het leven optreedt, is sedatie vaak de enige mogelijkheid om de patiënt waardig te laten sterven. Het is essentieel naasten uitgebreid te informeren over de ontstaanswijze van het delier en hen te betrekken bij de aanpak hiervan.

Afdeling Huisartsgeneeskunde, Divisie Klinische Methoden & Public Health, AMC/UvA, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam: mw. B.S. Wanrooij, huisarts; mw. M. Koelewijn, huisarts te Ruurlo.

Correspondentie: b.s.wanrooij@amc.uva.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

als men teruggacht aan sterfbedden van eigen patiënten die erg hectisch waren verlopen. Dit beeld had men tot dan toe niet herkend als een delier in de stervensfase.

Tegenwoordig weten veel huisartsen dat een delier voor de patiënt een zeer angstige ervaring kan zijn, die om een adequate aanpak vraagt. Desondanks levert het in de praktijk nog wel eens problemen op om de klachten of verschijnselen te herkennen die horen bij het delier. Het is ook niet altijd eenvoudig de mogelijke oorzaak te achterhalen en/of de klachten afdoende te bestrijden. Een delier is een toestandbeeld dat ontstaat door organisch lijden en gepaard gaat met neuropsychiatrische verschijnselen.^{1,2} Een delier komt veel voor bij patiënten die ernstig ziek zijn en bij wie sprake is van een langdurig ziekte- en stervensproces. Het sterven is voor de omgeving erg indrukwekkend bij het delier dat optreedt in de laatste 24-48 uur.^{3,4} De patiënt kan dan zeer onrustig en angstig zijn. Deze situatie kan een broos evenwicht in de laatste fase verstoren. De naasten zijn moe na een vaak lange periode van zorg voor de patiënt, terwijl diens conditie steeds slechter werd. De plotseling optredende verwardheid en angst maken ook hen onrustig en bang, vooral als zij denken dat de patiënt pijn heeft. Zij kunnen niet meer met de patiënt communiceren, waardoor zij geen afscheid van elkaar kunnen nemen. Onder deze omstandigheden oefenen zij nogal eens sterke druk uit op de huisarts om snel iets aan de situatie te doen. Deze kan dan, wellicht te snel, besluiten over te gaan tot sedatie.⁵ Soms leidt een delier tot een acute opname in een ziekenhuis, wat alle betrokkenen achteraf nogal eens betreuren.

In een reeks van acht artikelen geven we een breed overzicht van de mogelijkheden van huisartsgeneeskundige zorg voor patiënten in de palliatieve fase. In de vorige afleveringen is aandacht besteed aan basisprincipes van palliatieve zorg, pijn, misselijkheid en braken, dyspnoe en interdisciplinaire samenwerking in de palliatieve zorg in de eerste lijn. In dit zesde artikel gaan we in op de aanpak van het delier. In de laatste twee artikelen behandelen we depressie en palliatieve sedatie.

In dit artikel beschrijven we het vóórkomen, de kenmerken en oorzaken van een delier in de palliatieve fase bij patiënten met kanker. Verder besteden we aandacht aan anamnese, onderzoek en behandelingsmogelijkheden van het delier.

De heer Vermeer

De heer Vermeer is 73 jaar. Hij woont samen met zijn echtgenote. Hun kinderen zijn de deur uit en hebben zelf ook al kinderen. Twee jaar geleden is bij hem een prostaatacarcinoom vastgesteld, dat op het moment van de diagnose al gemetastaseerd was. Hij kreeg hormonale behandeling en enkele pijnlijke botmetastasen zijn met succes bestraald. Hierna maakte hij een betrekkelijk goede periode door, waarin hij nog van alles kon.

De laatste maanden gaat het slechter. Hij moest met spoed opgenomen en bestraald worden wegens een dreigende laagthoracale dwarslaesie. De botmetastasering bleek zich flink uitgebreid te hebben. Enkele maanden later kreeg hij opnieuw radiotherapie, nu vanwege pijn in het bekken. Toen hij kort daarop erg kortademig werd, volgde een opname in het ziekenhuis waar de diagnose longembolie werd gesteld. Na enkele dagen ging hij weer naar huis.

De dag na ontslag belde zijn vrouw de dienstdoende huisarts: haar man was erg moe en had twee tabletten temazepam genomen. Daarna was hij erg onrustig en verward geworden, plukte aan de dekens en wilde steeds maar uit bed. Toen de dienstdoende huisarts arriveerde, was de heer Vermeer helder en gaf op alle vragen adequaat antwoord. Hij kon zich van het afgelopen anderhalf uur niets herinneren. De dag daarop kwam zijn eigen huisarts. De verwardheid en onrust waren niet meer opgetreden. Er volgde een uitgebreid gesprek, waarin de heer Vermeer zei nauwelijks nog energie te hebben. Hij legde zich erbij neer dat hij achteruitging, hij wilde alleen geen pijn meer hebben en niet benauwd zijn. De dagen daarop bleken de pijn en dyspnoe met 10 mg MS Contin 's ochtends en 20 mg MS Contin 's avonds voldoende bestreden te kunnen worden. De wijkverpleging werd ingeschakeld voor de dagelijkse verzorging.

De eerste dagen daarna leek hij alleen maar moe. Hij werd steeds stiller en interesseerde zich niet meer zo voor de wereld om hem heen, zelfs niet voor de kleinkinderen. Zijn familieleden merkten dat hij hun blik ontweek; hij leek zich steeds meer terug te trekken. Mevrouw Vermeer had het moeilijk met dit gedrag van haar man. Samen met haar probeerde de huisarts met hem te spreken over wat er in hem omging. Hij kon daarover eigenlijk nauwelijks iets onder woorden brengen en reageerde geïrriteerd bij verder doorvragen, waarop de huisarts het gesprek maar staakte.

Enkele dagen later vertelde de wijkverpleegkundige dat hij 's nachts tweemaal kortdurend in de war was geweest. Ook was hij apathisch en at hij niet meer. Hierop besloot de huisarts de heer Vermeer te behandelen met driemaal daags 5 druppels (0,5 mg) haloperidol. De volgende dag werd de dosis voor de nacht verhoogd naar 10 druppels. De hele daaropvolgende nacht was de heer Vermeer onrustig. Bij de minste aanraking gaf hij blijk van pijn en al 24 uur had hij nauwelijks meer gedronken en geplast. De huisarts trof hem kreunend, dwars in bed liggend aan, terwijl hij voortdurend van de ene zij op de andere rolde. Een gesprek was niet goed mogelijk, omdat hij op alle vragen 'nee' zei. In overleg met de familie gaf de huisarts hem 10 mg morfine en 12,5 mg promethazine subcutaan waarna hij in slaap viel. Tien uur later overleed de heer Vermeer, zonder wakker te zijn geworden.

De kern

- ▶ Een delier komt veel voor in de laatste fase van het leven bij patiënten met een ernstige ziekte, maar wordt niet altijd als zodanig herkend.
- ▶ Een delier veroorzaakt bewustzijnsstoornissen die de communicatie met de patiënt bemoeilijken. Soms kunnen patiënt en naasten daardoor geen afscheid meer van elkaar nemen.
- ▶ Bij oude patiënten met een ernstige ziekte en al bestaande cognitieve stoornissen is er maar weinig nodig om een delier uit te lokken.
- ▶ Intoxicatie met opioïden is, naast metabole stoornissen, een belangrijke oorzaak van het delier.
- ▶ Een delier wordt vaak door meerdere factoren veroorzaakt.
- ▶ Bij adequate behandeling is het delier in ongeveer de helft van de gevallen omkeerbaar.
- ▶ Haloperidol is het middel van eerste keuze bij de medicamenteuze behandeling.
- ▶ Goede informatie en betrokkenheid bij het beleid verminderen de kans op onrust en onbegrip bij naasten.

Vóórkomen

De incidentie van het delier bij patiënten met kanker is 17% en loopt op tot 26-44% naarmate de ziekte voorschrijdt. In het allerlaatste stadium van de ziekte is 68-85% van de patiënten delirant.^{5,6} In ongeveer 20% van de gevallen is er sprake van een ernstig, onrustig delier. Een delier blijft nogal eens onopgemerkt. Zo is een delier waarbij de patiënt stil en apathisch is, niet gemakkelijk te herkennen.

Het delier is de belangrijkste oorzaak van acute verwardheid bij ouderen. Olde Rikkert en Van de Lisdonk beschreven het delier, dat bij ongeveer een derde van alle ouderen met een lichamelijke ziekte op enig moment voorkomt, eerder in dit tijdschrift.⁷ Leef-tijd is dan ook een belangrijke predisponerende factor voor het ontwikkelen van een delier. Bij een ouder brein leiden somatische stoornissen of medicijngebruik gemakkelijk tot een verstoring van de hersenfuncties. In het *kader* zijn enkele veel voorkomende predisponerende factoren voor het delier beschreven.

Predisponerende factoren voor het delier

- ▶ leeftijd > 60 jaar
- ▶ cognitieve stoornis (dementie)
- ▶ ernstige comorbiditeit
- ▶ gezichts- of gehoorstoornissen
- ▶ geïsoleerd bestaan
- ▶ delier in het verleden
- ▶ misbruik van alcohol of drugs (in het verleden)

Pathofysiologische achtergronden

Misschien is het wel begrijpelijk dat veel ernstig zieke patiënten heel kort voor het overlijden delirant zijn. Orgaanfuncties nemen af, waardoor allerlei metabole veranderingen plaatsvinden die diffuse stoornissen in de hersenen veroorzaken. Over het precie-

ze mechanisme dat tot dit toestandsbeeld leidt, is nog niet veel bekend. Waarschijnlijk zijn de metabole veranderingen de oorzaak van een verstoring op het niveau van diverse neurotransmitters. Zo zou er een tekort ontstaan aan acetylcholine en een teveel aan dopamine.⁵ Dit zou dan ook verklaren waarom anticholinergica een delier kunnen veroorzaken en haloperidol, een dopamine-antagonist, vaak goed werkt om een delier te bestrijden.

Oorzaken

In plaats van oorzaken spreekt men in de literatuur ook wel van *uitlokkende factoren* voor het ontstaan van een delier: bij een ernstig zieke patiënt is er namelijk maar weinig nodig om een delier uit te lokken. Het is net of de patiënt maar een klein zetje nodig heeft. Om aan te sluiten bij de gebruikelijke terminologie, spreken we verder over 'oorzaken'.

Een delier wordt altijd veroorzaakt door organisch lijden. Bij tweederde van de patiënten is er meer dan één oorzaak of uitlokkende factor aan te wijzen.⁸ In *tabel 1* staan enkele veel voorkomende oorzaken van het delier beschreven.⁹⁻¹¹

Oncologische aandoeningen, zoals een hersentumor, hersenmetastasen of meningitis carcinomatosa, kunnen een delier veroorzaken. Veel vaker liggen metabole stoornissen of medicijngebruik aan het ontstaan hiervan ten grondslag. Wanneer een patiënt al ernstig is vermagerd, gedehydrateerd raakt en de nierfunctie achteruitgaat, kan een delier ontstaan bij het gebruik van opioïden. Het komt geregeld voor dat pijn ongevoelig is voor behandeling met opioïden. Wanneer de dosering van de opioïden dan steeds verder wordt opgehoogd, ontstaat er een delier. De verschijnselen van het delier worden geïnterpreteerd als afkomstig van pijn, waarna de dosering nog meer wordt verhoogd. Zo ontstaat een vicieuze cirkel en verslechtert de situatie steeds meer.⁹ Soms leidt dit tot een toestand waarbij behalve een delier myoclonieën ontstaan, epileptische aanvallen optreden en er sprake is van hyperalgesie: het hele lichaam doet pijn bij aanraken. Dit wordt ook wel *opioid induced neurotoxicity* genoemd.¹²

Behalve opioïden kunnen ook andere medicijnen die in de palliatieve fase nodig zijn voor goede symptoomcontrole een delier veroorzaken, zoals NSAID's, metoclopramide, benzodiazepinen,

corticosteroïden en anticholinergica. Vooral in de fase dat een patiënt uitgedroogd raakt is de kans op een delier ten gevolge van anticholinergica groot.

Verwardheid en onrust bij een patiënte met mammacarcinoom en botmetastasen die een levensverwachting heeft van meerdere weken, berust mogelijk op een delier ten gevolge van hypercalciëmie. Dit beeld kan, ook door de daarbij optredende dehydratie, sterk lijken op een preterminale situatie. Door de hypercalciëmie te behandelen klaart het beeld op en kan een patiënte nog enkele weken een goede kwaliteit van leven hebben.¹³

Met een infectie als oorzaak van een delier bij oudere mensen zijn huisartsen vertrouwd. Bij patiënten die verzwakt zijn door kanker ontstaat een delier nog gemakkelijker dan bij overigens gezonde oude mensen.

Een volle blaas of rectum is een oorzaak van onrust: het beeld kan lijken op een delier. Het is nuttig hier altijd naar te zoeken omdat deze problemen vrij gemakkelijk te verhelpen zijn.

Anticiperen

Omdat een delier bij patiënten in de laatste fase van kanker zo vaak voorkomt, is het niet alleen zaak om bedacht te zijn op verschijnselen die hierop wijzen, maar ook actief te zoeken naar prodromale verschijnselen (zie *Anamnese en onderzoek*). Door vroeg te beginnen met de behandeling van de oorzaak of oorzaken is een crisis op een later moment mogelijk te voorkomen. Een crisis is zowel voor de patiënt als de naasten een zeer belastende situatie. Patiënten herinneren zich soms heel goed dat zij angstig of onrustig waren en kunnen zich hier erg voor schamen. Ook op de naasten maakt een ernstig delier diepe indruk, met name door het verlies aan waardigheid van de patiënt.

Wanneer een patiënt veel en tot het eind van zijn ziekte heeft gerookt, kan een delirant beeld ontstaan wanneer roken plotse-ling niet meer kan. De huisarts kan nicotinepleisters in huis laten halen zodat die direct voorhanden zijn, mocht deze situatie zich voordoen.

Anamnese en onderzoek

Door middel van anamnese en onderzoek tracht de huisarts vast te stellen óf er sprake is van een delier en waardoor het veroorzaakt wordt. In het diagnostisch proces weegt de huisarts voortdurend af hoever hij zal gaan met onderzoek. Bij deze afweging spelen de mogelijkheden van causale interventies, de levensverwachting en de wens van patiënt en naasten een belangrijke rol.

Om de diagnose delier te stellen wordt gebruikgemaakt van de DSM-IV-criteria (*kader*).

Diagnostische criteria voor het delier¹⁴

- ▶ De patiënt heeft een bewustzijnsstoornis (gedaald bewustzijn of gedaald besef van de omgeving) en heeft moeite om de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen.
- ▶ Er is een verandering in cognitie (zoals een geheugenstoornis, desoriëntatie, taalstoornis) óf de patiënt ontwikkelt een waar-

Tabel 1 Oorzaken van het delier

Medicijnen of onttrekking daarvan:

- opioïden
- anticholinergica

Metabole stoornissen:

- hypercalciëmie
- hyponatriëmie

Infecties:

- pneumonie
- urineweginfectie

Operatie

Intracraniale problemen:

- hersentumor
- hersenmetastasen

Onttrekking van stoffen:

- alcohol
- nicotine

Diversen:

- hypoxie
- anemie

nemingsstoornis; beide zijn niet toe te schrijven aan een pre-existente of een zich ontwikkelende dementie.

- ▶ Het beeld is acuut ontstaan (gewoonlijk in uren of dagen) en fluctueert over de dag.
- ▶ Er zijn aanwijzingen dat de stoornis de directe consequentie is van een somatische aandoening.

Bij een delier is er sprake van een wisselend bewustzijn en aandachtstoornissen. Een patiënt kan het ene moment helder zijn, terwijl hij enkele uren later nauwelijks nog aanspreekbaar is. In het contact met de patiënt valt op dat hij zich slecht kan concentreren en moeilijk de aandacht vast kan houden. Zo kan het zijn dat het de patiënt steeds meer moeite kost om de krant te lezen: hij kan zinnen niet meer tot het eind toe lezen.

Het delier kan gepaard gaan met verwardheid en angst.^{3,15} De patiënt heeft (meestal visuele) hallucinaties en/of wanen en stoornissen in denken en geheugen. Hij weet nogal eens niet waar hij is of herkent zijn naasten niet.

Er zijn twee vormen van delier. Het *geagiteerde* of *hyperkinetische* delier en het *stille* of *hypokinetische* delier. Deze twee vormen wisselen elkaar nogal eens af, zoals het geval was bij de heer Vermeer. Bij het stille delier zijn praten en denken vertraagd. Hierbij kan de patiënt zeer angstig zijn, maar hij zal dit niet uit zichzelf vertellen. Ook het bestaan van hallucinaties of wanen komt pas aan het licht door ernaar te vragen. Een directe vraag levert niet altijd een bevredigend antwoord op. Het lijkt gemakkelijker voor de patiënt deze vragen te beantwoorden als de huisarts hier via een omweg naar vraagt, bijvoorbeeld: 'Van uw vrouw krijg ik de indruk dat het u moeite kost om alles op een rijtje te houden in uw hoofd, klopt dat?'

Een delier ontstaat snel, dat wil zeggen in uren tot dagen, en kan dagen tot weken duren. In de dagen voor het sterven kan een beeld ontstaan waarbij de patiënt zeer onrustig en verward is. Het bewustzijn van de patiënt is ernstig verstoord, hij kan draaien in bed, plukken aan de dekens, kreunen en schreeuwen. Dit heet terminaal delier.

Aan een delier gaan nogal eens *prodromale* verschijnselen vooraf zoals – heel karakteristiek – omkering van het dag/nachtritme. Overdag heerst dan nog betrekkelijke rust, maar tegen de avond verandert het beeld en begint de onrust. De patiënt slaapt slecht en heeft soms nachtmerries. Het gegeven dat een patiënt zijn naam en adres niet meer kan schrijven is een gevoelige parameter voor het ontstaan van een delier.^{16,17} Dit is een gemakkelijk uit te voeren test bij het zoeken naar een beginnend delier.

De anamnese is moeilijk als de patiënt een (gedeeltelijke) amnesie heeft voor het gebeurde. De heer Vermeer wist niet dat hij kort tevoren zo angstig en onrustig was geweest. Naasten zijn dan een belangrijke bron van informatie om te bepalen of er sprake is van een delier. De Delirium Observatie Schaal (DOS) is een screeningsinstrument dat ontwikkeld is om het gedrag van de patiënt te observeren.^{18,19} Goed getrainde verpleegkundigen scoren enkele malen per dag op factoren als bewustzijn, aandacht, hallucinaties en rusteloosheid. Deze wijze van screening is in de huisartsenpraktijk niet gemakkelijk uit te voeren. In plaats hiervan kunnen naasten natuurlijk heel goed informatie geven over verschijnselen van onrust en plukkerig gedrag. Zij kunnen vertellen of de patiënt stil of afwezig is en of hij weet waar hij is. Huisartsen moeten aan de naasten naar het beloop van de nachten vragen, omdat zij lang niet altijd spontaan vertellen hoe zij bijvoorbeeld 's nachts getobd hebben met de patiënt.

Differentiële diagnose

Bij patiënten met vergevorderde kanker kunnen in de palliatieve fase behalve een delier meerdere toestandsbeelden optreden waarbij cognitieve functies verstoord zijn. Hiertoe behoren dementie, psychose en stemmings- en angststoornissen. Deze aandoeningen zijn niet altijd gemakkelijk van elkaar te onderscheiden. Wanneer een patiënt zo stil en teruggetrokken is als de heer Vermeer kan hier een delier aan ten grondslag liggen, maar net zo goed een depressie. In *tabel 2* zijn enkele kenmerken beschreven die behulpzaam kunnen zijn bij het onderscheid tussen de verschillende aandoeningen.⁵

Oorzaken

Een aanvullende anamnese, onderzoek van pols, bloeddruk, temperatuur, longen, buik en neurologisch onderzoek geven informatie over de mogelijke oorzaken van het delier zoals infectie (pneumonie, urineweginfectie), uitdroging, hypercalciëmie (naast delier ook obstipatie, polyurie, misselijkheid) en hersenmetastasen. De huisarts kijkt naar de medicijnen en vooral ook naar recente veranderingen in het soort medicijn en de dosering. Hierdoor komt hij eventuele intoxicatie met opioïden of anticholinergica als mogelijke oorzaak van het delier op het spoor. Kenmerkend voor opioïd-intoxicatie zijn kleine, niet op licht reagerende pupillen (*pinpoint pupillen*), terwijl de pupillen bij gebruik van anticholinergica juist groot zijn. Bij twijfel is het nuttig de pupillen van de patiënt te vergelijken met die van een andere persoon in de kamer. Percussie van de buik en een rectaal toucher brengen een volle

Tabel 2 Differentiële diagnose delier

Kenmerken	Delier	Dementie	Psychose	Depressie
Begin	acuut of subacuut	geleidelijk	soms acuut, soms langzamer ontstaan	geleidelijk
Bewustzijn	wisselend	helder	helder	helder
Cognitie	geheugenstoornis, desoriëntatie	geheugenstoornis, later agnosie, apraxie	ongestoord	gestoord
Stemming	vaak angstig	normaal	soms angstig	somber
Hallucinaties, wanen	ja	zelden	ja	geen
Reversibiliteit	in principe	nee	ja	ja
Beloop	wisselend	langzaam verergerend	wisselend	vaak een tijd stabiel

blaas of rectum als mogelijke oorzaak van de onrust aan het licht. Het onderzoek wordt zo nodig uitgebreid met een thoraxfoto, bloed- of urineonderzoek. Wanneer de patiënt terminaal is, kan het zoeken naar oorzaken sterk beperkt blijven.

Behandeling

De behandeling van het delier is erop gericht om, waar mogelijk, de onderliggende oorzaak weg te nemen en tegelijkertijd de verschijnselen van het delier symptomatisch aan te pakken door middel van niet-medicamenteuze maatregelen en medicijnen. Wanneer een patiënt erg in de war en onrustig is, is het zinvol om direct medicijnen te geven en pas daarna te zoeken naar eventuele oorzaken.

De huisarts stelt het beleid vast in overleg met de patiënt en de familie. Hierbij staat het doel dat men wil bereiken steeds centraal. Het is nogal eens lastig in deze fase de juiste afwegingen te maken. Zo kan het nodig zijn de pijn te behandelen, maar dit kan ook een delier veroorzaken. Daarbij gaat de toestand van de patiënt ook steeds verder achteruit, wat het beeld nog gecompliceerder maakt. Bij een patiënt met een ernstig delier en een langere levensverwachting, bij wie een of meer behandelbare oorzaken zijn gevonden, is het beleid er in het algemeen op gericht om deze oorzaak weg te nemen. Tegelijkertijd wil men rust creëren en ernaar streven dat de patiënt helder en aanspreekbaar is en meer controle heeft. In de situatie waarbij er geen oorzaak te vinden is, van een behandeling wordt afgezien of de patiënt maar een korte levensverwachting heeft, probeert men de patiënt zo rustig mogelijk te krijgen. Bij het terminale delier is het vaak alleen nog maar mogelijk de patiënt diep in slaap te brengen om de onrust weg te nemen.

Naasten moeten weten wat er aan de hand is en wat zij kunnen doen. Goede informatie is essentieel. De patiënt is niet gek aan het worden. Een delier is niet per definitie een voorbode van het sterven. Interventies, al dan niet met medicijnen, zullen niet altijd direct effect hebben. Een opleving kan betekenen dat het beter gaat met de patiënt, maar ook dat er sprake is van een goede fase in het spontane beloop van het delier. Als alle betrokkenen begrijpen wat een delier is en voldoende ondersteuning krijgen, zullen zij de situatie beter aan kunnen en minder geneigd zijn om druk uit te oefenen om tot directe, soms onvoldoende doordachte acties over te gaan. Tegenwoordig zijn er informatiefolders te verkrijgen voor patiënten en naasten waarin het delier helder en in eenvoudige bewoordingen beschreven is.²⁰

Wanneer de patiënt erg delirant is, is communicatie niet mogelijk. De huisarts kan dan niet meer met de patiënt zelf overleggen over het beleid.

Algemene maatregelen

Algemene maatregelen dragen ertoe bij om de situatie niet verder te laten escaleren en rust bij de patiënt en rondom het bed te creëren. Naasten moeten weten wie wanneer te bereiken is als zij vragen hebben. Eenvoudige adviezen kunnen hen helpen om met deze moeilijke situatie om te gaan. Zo is het niet nodig, en zelfs onwenselijk, om de patiënt te corrigeren als hij geen adequate

antwoorden geeft. Het helpt om steeds de naam te noemen van degene die binnenkomt, en af en toe te zeggen welke dag het is en hoe laat het is. De aanwezigheid van (een klein aantal) vertrouwde personen, een klok, continue verlichting en foto's kunnen helpen om de oriëntatie te verbeteren en daardoor de verwardheid te verminderen. Andersom neemt de onrust soms toe wanneer iemand de kamer binnenkomt die de patiënt liever niet bij zich heeft.

Causale behandeling

Een delier is in principe omkeerbaar. Uit onderzoek blijkt dat het delier bij ongeveer de helft van de ernstig zieke patiënten in de palliatieve fase vermindert door de onderliggende oorzaak te behandelen.²¹ Dat geldt bijvoorbeeld voor het delier dat ontstaan is door infecties, medicijnen of door hypercalciëmie. Bij patiënten voor wie de pijn goed draaglijk is met een bepaalde dosis opioïden, is de kans aanwezig dat deze dosis te hoog is als de toestand van de patiënt verslechtert. Er kan dan een delier optreden omdat er een relatieve overdosering optreedt. Ook wanneer er (nog) geen delier bestaat, is het aan te raden de opioïden waar mogelijk te verlagen of zelfs te stoppen. Dit laatste is niet altijd mogelijk, zodat te denken valt aan het omzetten naar een ander opioïd of een andere toedieningswijze. Men rekent de dosering van de morfine om naar de equivalente dosering van het andere opioïd en geeft daarvan 20-30% minder.²²

Wanneer een delier ontstaat bij een patiënt die corticosteroïden gebruikt vanwege een verhoogde hersendruk door hersenmetastasen, is het moeilijk uit te maken of het delier ontstaan is door voorschrijden van de ziekte of een gevolg is van de medicatie. Dit is een lastige situatie waar overleg met een consulent van een palliatief team uitkomst kan bieden om samen het beste beleid te bepalen.

Vaak draagt de aanpak van verschillende (kleinere) oorzaken bij aan een verbetering van het delier. Hiertoe hoort ook de behandeling van een volle blaas of rectum als oorzaak van onrust.

Medicamenteuze behandeling

Haloperidol is het middel van eerste keus bij de medicamenteuze behandeling van het delier.²³ Het is een krachtig antipsychoticum met een geringe sederende en anticholinerge werking. Het heeft dus met name effect op de verwardheid en veel minder op de onrust. Haloperidol kan als tablet, druppelvloeistof of injectievloeistof gegeven worden. De startdosis is 0,5 mg per os of subcutaan. In het algemeen is een dosering van 0,5-2 mg oraal voor de nacht voldoende, zeker bij oude en fragiele patiënten. Bij ernstige klachten wordt haloperidol in een dosering van 0,5-2 mg bij voorkeur subcutaan gegeven. Deze dosering wordt elk halfuur herhaald tot het gewenste effect bereikt is. Wanneer hiermee de onrust onvoldoende afneemt, wordt een benzodiazepine toegevoegd vanwege de sederende werking. Haloperidol kan extrapiramidale bijwerkingen geven, terwijl in een enkel geval een paradoxale reactie kan optreden. Bij patiënten met de ziekte van Parkinson is haloperidol gecontraïndiceerd. In dit geval wordt clozapine gegeven.

Tabel 3 Medicijnen voor de behandeling van het delier

Middel	Dosering
Neuroleptica:	
- haloperidol*	0,5-2 mg per os, subcutaan. Bij ernstige klachten: 0,5-2 mg subcutaan, bij uitzondering intramusculair. Eventueel elk half uur herhalen. Onderhoudsdosering: 1-5 mg/24 uur tot maximaal 10 mg parenteraal en 20 mg oraal Eenmaal daags 6,25 mg per os, eventueel verhogen tot tweemaal daags 12,5 mg.
- clozapine	
Benzodiazepinen:	
- diazepam	10 mg per os, rectaal of intraveneus. Eventueel elk uur herhalen. Maximaal 60 mg/24 u.
- lorazepam	1-4 mg sublinguaal, intramusculair of intraveneus elke 4 uur.

* Haloperidol werkt parenteraal twee keer zo sterk als oraal.

Benzodiazepinen zijn geen middel van eerste keus omdat zij door hun sederend effect de desoriëntatie kunnen verergeren, waardoor het delier toeneemt. Uitzondering hierop is de behandeling van het alcoholonttrekkingsdelier. Men voegt haloperidol dan later toe.

Ook chloorpromazine en levomepromazine zijn werkzaam bij delier, maar geven meer bijwerkingen als hypotensie en sedatie. Het sederend effect kan overigens soms gewenst zijn.

Bij een stil delier is een positief effect beschreven van methylfenidaat.²⁴ Ook van een aantal nieuwere neuroleptica als risperidon en olanzapine is de werkzaamheid bij delier aangetoond.^{25,26}

Het is aan te bevelen altijd te proberen de medicijnen te verlagen als de patiënt weer rustiger is. Dit geldt zeker voor de benzodiazepinen vanwege de lange halfwaardetijd die de meeste middelen hebben. In tabel 3 staat een overzicht van de medicijnen die in de palliatieve zorg het meest worden gebruikt en hun dosering.

In de palliatieve fase is het in de meeste gevallen mogelijk met de medicijnen uit tabel 3 uit te komen. Bij het terminale delier is het vaak heel moeilijk om nog een verbetering van het beeld te krijgen. Sedatie is dan vaak nog de enige optie. In het laatste artikel in deze serie dat sedatie als onderwerp heeft, wordt op de indicaties en de behandeling uitgebreid ingegaan.

Ten slotte

Een delier komt veel voor vlak voor het overlijden van ernstig zieke mensen. Het is dus onderdeel van een natuurlijk stervensproces: zo gaat iemand dood die erg ziek is. Misschien is het aantal mensen dat met een delier sterft toegenomen tengevolge van de intensivering van de palliatieve zorg – beter gezegd: het frequente gebruik van morfine – of is vooral het aantal ernstige delieren daardoor toegenomen. Met de toegenomen mogelijkheden van palliatieve zorg kunnen we dan ook voor moeilijke afwegingen komen te staan. Gewenste of noodzakelijke behandelingen kunnen in deze fase van het leven bij ernstige zieke patiënten ook grote problemen veroorzaken.

Een delier is ook al vóór de stervensfase een ernstig toestandsbeeld waar causale en symptomatische behandeling noodzakelijk zijn. Het doel is altijd de patiënt weer rustig en helder te krijgen zodat hij de laatste fase van zijn leven kan afronden en waardig afscheid kan nemen van zijn naasten.

Literatuur

- 1 Van der Mast RC, Huijse FJ, Droogleevers Fortuijn HA, Heeren TJ, Izaks GJ, Kalisvaart CJ, et al. CBO Richtlijn Delirium. Amsterdam: Boom, 2004.
- 2 Van der Weele GM, Van Dijk A, Eekhof JAH, Olde Rikkert MGM, Scholtes ABI, Veehof LJG, et al. NHG-Standaard Delier bij ouderen. Huisarts Wet 2003;46:141-6.
- 3 De Graeff A, Verhagen EH, Eliel MR, Hesselman GM, Kroeze-Hoogendoorn GJ. Oncologieboek deel II, Richtlijnen Palliatieve Zorg. Utrecht: IKMN, 2002.
- 4 Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Shima Y. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. Psychosomatics 2004;45:107-13.
- 5 Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. Palliative Medicine 2004;18:184-94.
- 6 Pereira J, Hanson J, Bruera E. The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. Cancer 1997;79:835-42.
- 7 Olde Rikkert MGM, Van de Lisdonk EH. ABC voor analyse van acute verwardheid bij ouderen. Huisarts Wet 2001;44:291-6.
- 8 Tuma R, De Angelis LM. Altered Mental Status in Patients with Cancer. Arch Neurol 2000;57:1727-31.
- 9 Van der Ligt W, Koelewijn M, Zylicz Z. Delirium door pijnbestrijding in de terminale levensfase kan worden vermeden. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:185-8.
- 10 Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. J Pain Symptom Manage 2001;22:997-1006.
- 11 Lawlor PG, Ganon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer. A prospective study. Arch Intern Med 2000;160:786-94.
- 12 Daeninck PJ, Bruera E. Opioid use in cancer pain. Is a more liberal approach enhancing toxicity? Acta Anaesthesiol Scand 1999;43:924-38.
- 13 Koelewijn M, Wanrooij BS. De behandeling van misselijkheid en braken in de palliatieve fase. Huisarts Wet 2005;48:179-85.
- 14 Van Gool AR, Bannink M. Organische psychosyndromen. In: De Haes JCJM, Gualthérie van Weezel LM, Sanderman R, Van de Wiel HBM. Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Assen: Van Gorcum, 2001:190-8.
- 15 Lawler PG, Bruera ED. Delirium in patients with advanced cancer. Hematol Oncol Clin N Am 2002;16:701-14.
- 16 Macleod AD, Whitehead LE. Dysgraphia and terminal delirium. Palliat Med 1997;11:127-32.
- 17 Baranowski SL, Patten SB. The predictive value of dysgraphia and constructional apraxia for delirium in psychiatric inpatients. Can J Psychiatry 2000;45:75-8.
- 18 Schuurmans MJ, Shortridge-Bagett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: A screening instrument for delirium. Research and Theory for Nursing Practice 2003;17:31-49.
- 19 Delirium Observatie Schaal (DOS). www.psychiatrienet.nl
- 20 Bouwmeester van Boekel LCJM, Van de Watering M. Delier. Acut optredende verwardheid. Informatiefolder voor familieleden en betrokkenen van patiënten met delier. Amsterdam: IKA, 2005.
- 21 Breitbart W, Cohen K. Delirium in the terminally ill. In: Chochinov HM, Breitbart W. Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York: Oxford University Press, 2000:75-90.
- 22 Wanrooij BS, Koelewijn M. Verlichting van pijn in de palliatieve fase. Huisarts Wet 2005;48:81-4.
- 23 Van Melick EJM, De Vries OJ. Geneesmiddelen en ouderen: het delirium. Gebu 2002;36:73-8.
- 24 Morita T. Successful palliation of hypoactive delirium due to multiple organ failure by oral methylphenidate. Support Care Cancer 2000;8:134-7.
- 25 Anand HS. Olanzapine in an intensive care unit. Can J Psychiatry 1999;44:397.
- 26 Ravona-Springer R, Dolberg OT, Hirschmann S, Grunhaus L. Delirium in elderly patients treated with risperidone: a report of three cases. J Clin Psychopharmacol 1998;18:171-2.