

De weg kwijt...

bij een delier

Palliatieve zorg in de Noordelijke Maasvallei

Disclosure belangen spreker

(Potentiële) Belangenverstrengeling **geen**

Voor bijeenkomst mogelijke relevante relaties met bedrijven:

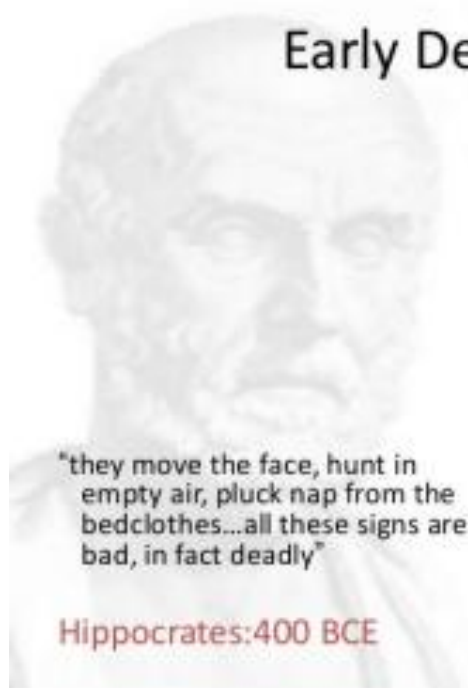
- Sponsoring of onderzoeksgeld nvt
- Honorarium of andere vergoeding nvt
- Aandeelhouder nvt
- Andere relatie, namelijk... nvt

Delier: wat gaan we leren vanmiddag?

- Pathofysiologie
- Relevantie & impact van een delier
- Diagnostiek
- Risico- en precipiterende factoren
- Behandeling delier
- Behandeling delier in de palliatieve fase
- Behandeling delier in de stervensfase
- Take home messages

Delier

Early Descriptions



"they move the face, hunt in empty air, pluck nap from the bedclothes...all these signs are bad, in fact deadly"

Hippocrates: 400 BCE



"Sick people...lose their judgment and talk incoherently...when the violence of the fit is abated, the judgment presently returns..."

Celsus: 1st Century BCE

Delirare = ontsporen

Syndroom, géén ziekte

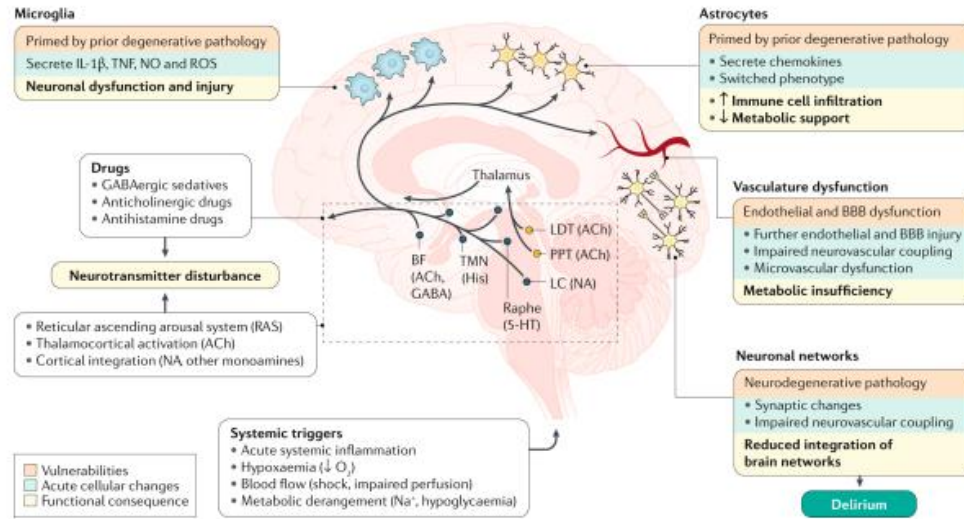
- Acute verwardheid als gevolg van een somatische oorzaak
- Fluctuerende verstoringen in bewustzijn, cognitie, slaap-waakritme en gedrag

Pathofysiologie delier

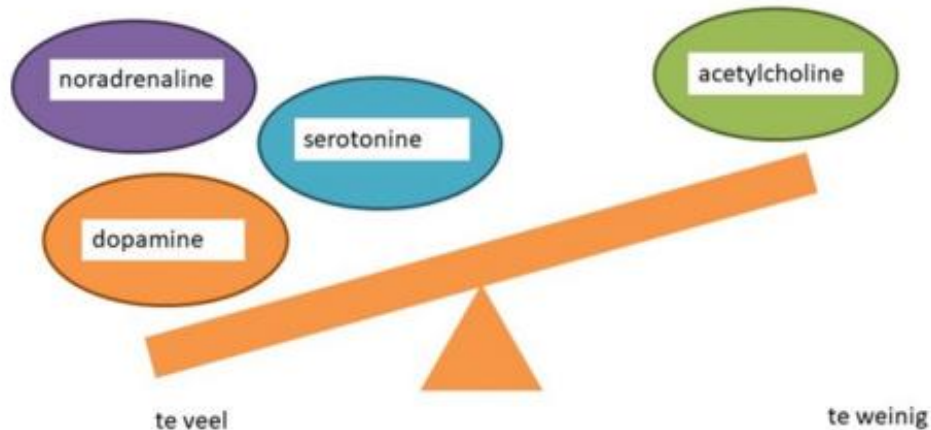


Meerdere hypothesen

- Inflammatie
- Chronische stress
- Neurotransmissie



Pathofysiologie delier



Tekort acetylcholine

- Effect acetylcholine-esterase remmers

Dopaminerge overvloed

- Dopamine agonisten (Parkinsonmedicatie) induceert delier
- Dopamine antagonisten (antipsychotica) behandelen delier

Relevantie delier

Prevalentie

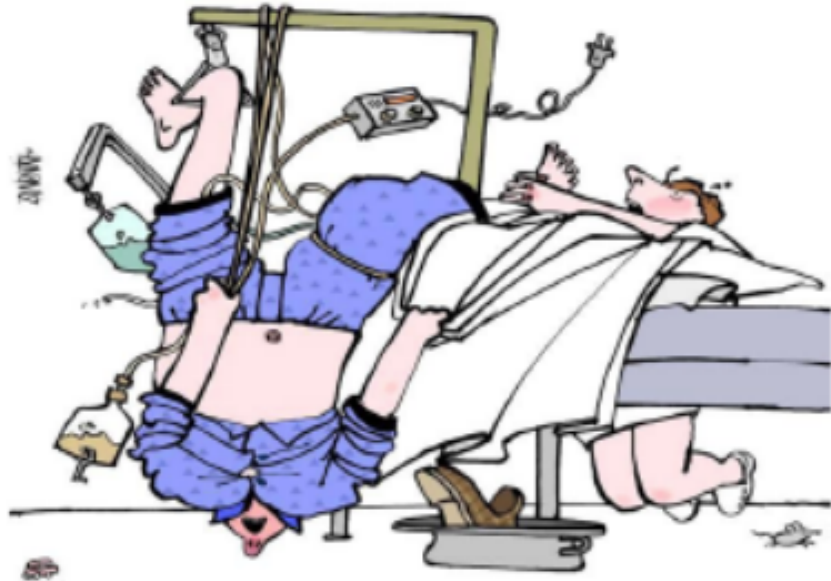
- Algemene populatie: 1-2%
- Toename met leeftijd: > 85 jaar 14%

Incidentie

- Ziekenhuis algemeen: 6-56%
- Ouderen postoperatief: 15-53%
- Intensive Care: 70-87%
- Terminale patiënten: 83%



Vormen van delier



Hyperactief delier



Hypoactief delier

Beloop delier

Ontstaan meestal binnen enkele uren tot enkele dagen
(Bij ouderen soms enkele weken)

Wisselende intensiteit

- Overdag symptoomvrij
- 's Nachts ernstige psychiatrische verschijnselen

Eerste symptomen / prodromen

- Sufheid overdag en slapeloosheid 's nachts
- Levendige dromen / nachtmerries

Diagnose delier

Table 1. DSM-5 Diagnostic Criteria for Delirium

- A. A disturbance in attention (i.e., reduced ability to direct, focus, sustain, and shift attention) and awareness (reduced orientation to the environment).
- B. The disturbance develops over a short period of time (usually hours to a few days), represents a change from baseline attention and awareness, and tends to fluctuate in severity during the course of a day.
- C. An additional disturbance in cognition (e.g., memory deficit, disorientation, language, visuospatial ability, or perception).
- D. The disturbances in Criteria A and C are not explained by another preexisting, established, or evolving neurocognitive disorder and do not occur in the context of a severely reduced level of arousal, such as coma.
- E. There is evidence from the history, physical examination, or laboratory findings that the disturbance is a direct physiological consequence of another medical condition, substance intoxication or withdrawal (i.e., due to a drug of abuse or to a medication), or exposure to a toxin, or is due to multiple etiologies.

DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.

Reprinted with permission from American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; ©2013:596. All rights reserved.

Gouden standaard: klinisch oordeel!

- Anamnese / hetero-anamnese
- Psychiatrisch onderzoek
- Intern en neurologische onderzoek
- Aanvullend onderzoek
 - Lab?
 - ECG / X-thorax / CT / EEG?

Differentiaal diagnose delier

	Delier	Dementie	Depressie
Begin	acuut	sluipend	geleidelijk
Beloop	fluctuerend	stabiel	dagschommelingen
Bewustzijn	wisselend	ongestoord	ongestoord
Aandacht	gestoord	In begin ongestoord	Kan gestoord zijn bij interesseverlies
Oriëntatie	gestoord	afh van stadium	Ip ongestoord
Spraak	incoherent	afasie afh van stadium	ongestoord
Hallucinaties en wanen	aanwezig, niet-complex	kan in later stadium (LBD)	Ip niet (psychotische depressie, nihilisme)
Geheugen	KTG gestoord	KTG en LTG gestoord	soms gestoord door aandacht#

Impact van een delier

Delier is een onafhankelijke voorspeller van

- Langere opnameduur
- Verlies van zelfredzaamheid
- Verhoogd risico complicaties (vallen / fracturen)
- Meer institutionalisering
- Toekomstige cognitieve achteruitgang bij

Gevolgen delier

- Angstaanjagend
- Grote belasting omgeving (familie/verpleging)
- Hinder in betekenisvolle communicatie

Preventie van een delier

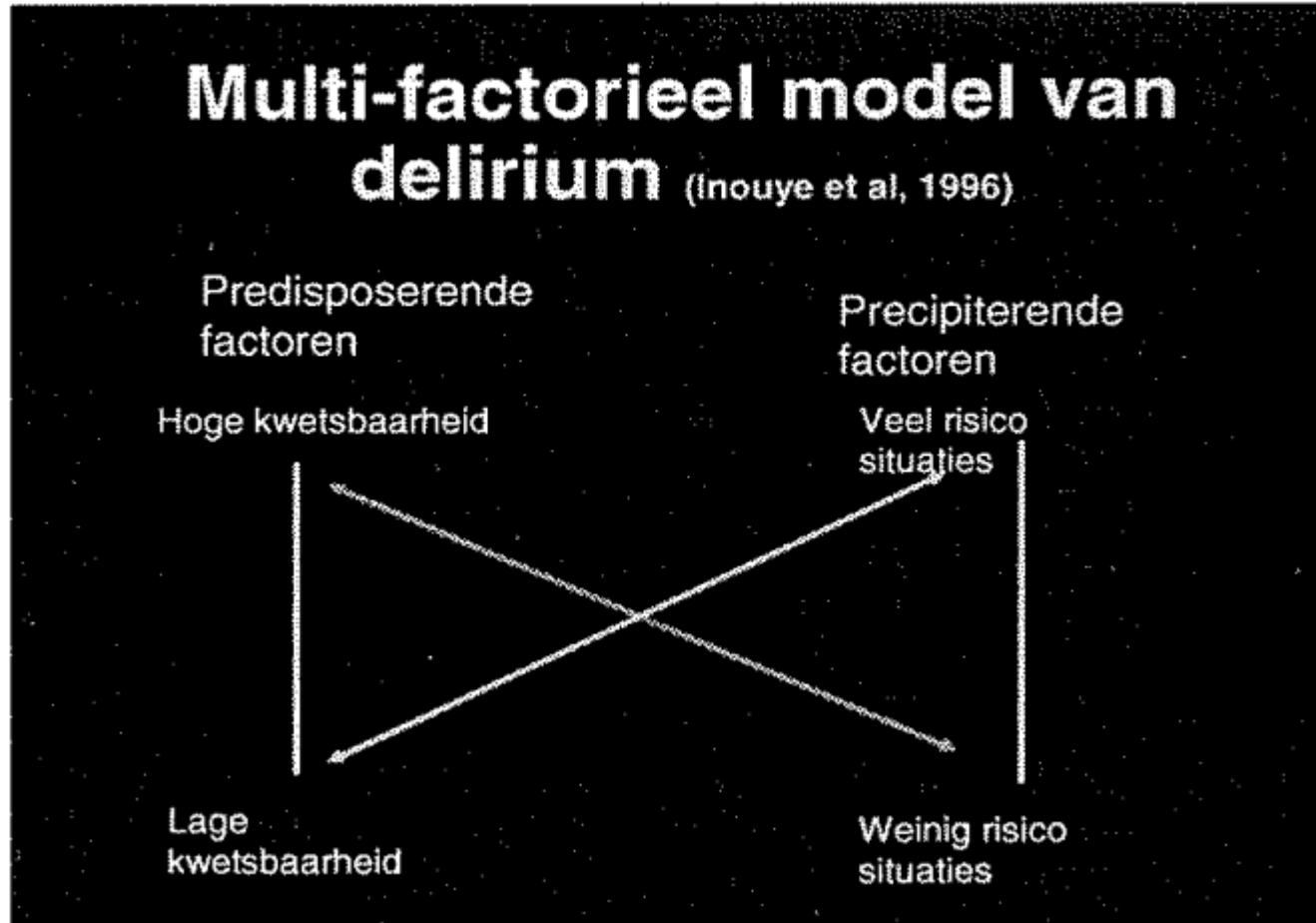
Geen bewijs medicatie als preventief middel!

Rivastigmine heeft ook geen effect op incidentie, ernst en duur van het delier

Medische verpleegkundige benadering helpt wel!

- Psycho educatie
- Rustige benadering
- Rooming in
- Lampje aan
- Vertrouwde spulletjes in de kamer

Risico op een delier



Risico op een delier

Predisponerende factoren:

- Leeftijd > 70 jaar
- Cognitieve stoornissen
- Visus- en gehoorstoornissen
- Stoornissen in ADL
- Alcohol, opiaten

Precipiterende factoren:

- Infectie
- Koorts
- Dehydratie
- Electrolytstoornissen
- Polyfarmacie
- Medicatie met psycho-actieve en anticholinerge werking

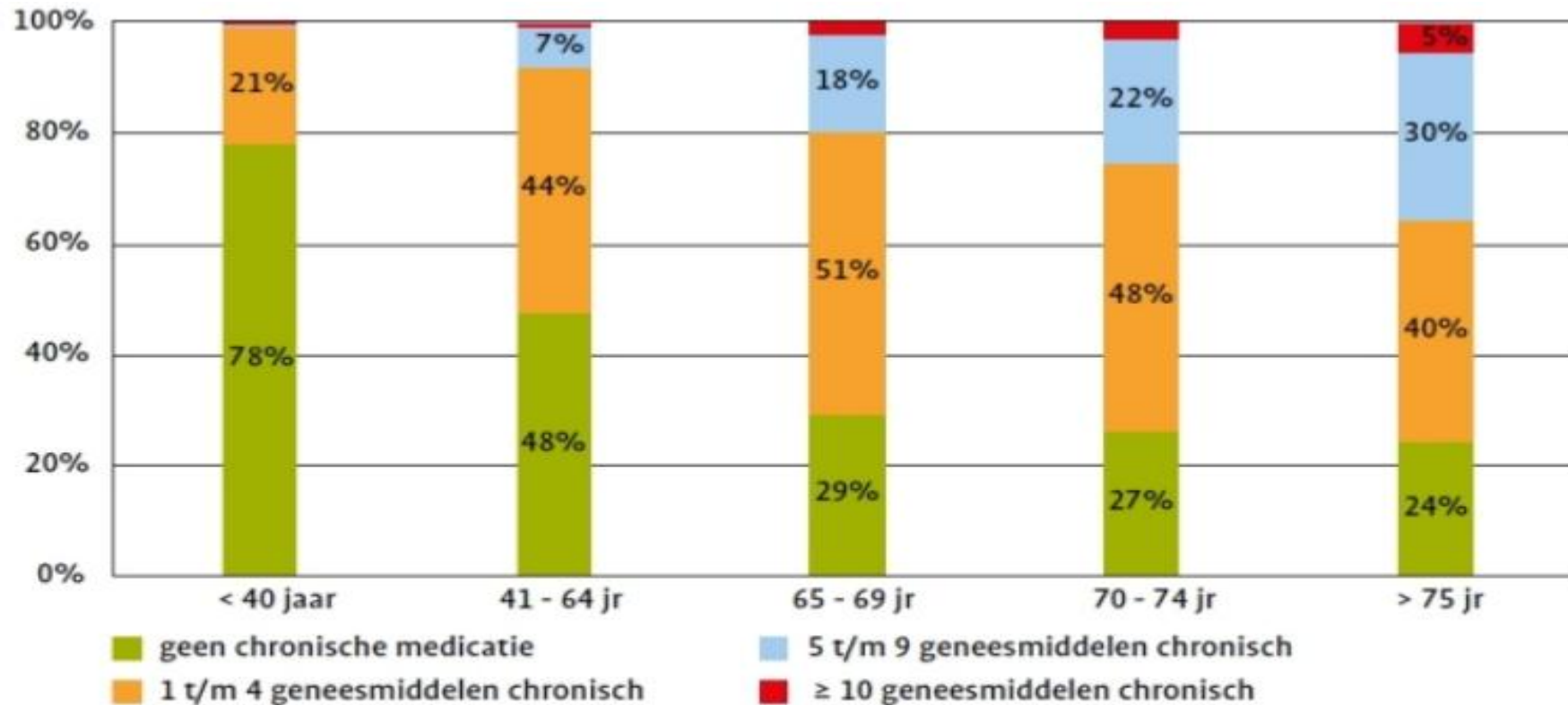
Anticholinergica



Anticholinerge medicatie

- Anti-aritmica Disopyramide
- Anti-emetica Cyclizine, meclozine
- Antihistaminica O.a. clemastine en promethazine
- Anti-Parkinsonmiddelen Biperideen en trihexyfenidyl
- Klassieke antipsychotica Fenothiazine-afgeleiden: *azine
- Spasmolytica Atropine, oxybutynine, tolterodine
- Tricyclische antidepressiva
- Atypische antipsychotica Clozapine en olanzapine

Polyfarmacie



Apotheekbezoekers onderverdeeld naar het aantal chronisch gebruikte geneesmiddelen per leeftijdscategorie.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Behandeling delier

'Huis-, tuin- en keukendelir'?

- Delir door somatische oorzaak → behandelen

'Bijzonder delir'?

- Medicatie
 - Onttrekking alcohol / middelen
 - Hypokinetisch syndroom
- Vereist vaak specifieke symptomatische behandeling
- In palliatieve setting bij geen herkenning risico op gecompliceerde sedatie

Behandeling delier: haldol

- Relatief weinig bijwerkingen: nauwelijks anticholinerg
- Weinig effect hart / bloeddruk / geen gevaar ademhaling
- Matig sedatief in vergelijking met andere antipsychotica

- Toediening oraal en parenteraal mogelijk
 - Tablet / druppels
 - s.c. / i.m. / i.v.

Behandeling delier door medicatie

Faciliterende factoren

- Lever- / nierfunctievermindering
- Geneesmiddelinteractie bij polyfarmacie
- Acut staken dopaminomimetica of amantadine (Parkinson)

Behandeling delier: alcoholonthouding

Stop alcohol = start benzodiazepine!

- Alle benzo's even goed maar voorkeur langwerkende
- Alleen bij ouderen / leverfunctie# juist kortwerkend (lora / oxa)
- Evt aanvullend antipsychoticum

Antipsychotica: klassiek

Anti psychotisch effect en extrapiramidale bijwerkingen zijn dosis afhankelijk met elkaar verbonden

Dosis gerelateerde bijwerkingen

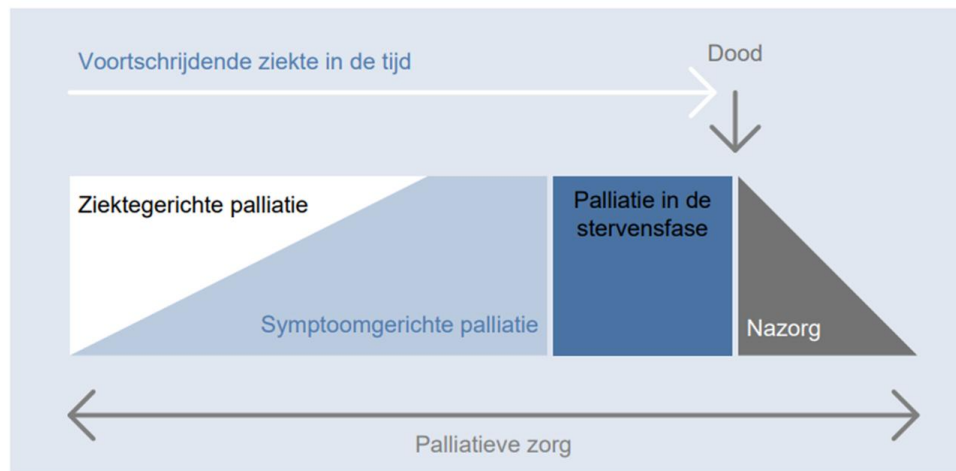
- Dopaminerg (extrapiramidale symptomen, tardieve dyskinesie)
- Anti-cholinerg (droge mond, obstipatie)
- Anti-histaminerg (gewichtstoename)
- Anti-adrenerg (RR verandering, duizeligheid, valneiging)

Antipsychotica: atypisch

Anti psychotisch effect met minder extrapiramidale bijwerkingen

- Risperdal
- Quetiapine
- Clozapine
- Olanzapine

Behandeling delier in palliatieve fase



In ziektegerichte fase

- In principe zoals behandeling delier in het algemeen

In symptoomgerichte fase

Dilemma's / afwegingen

Behandeling oorzaak palliatieve fase



Model van Jantine L. van der Zant-Adams

- Als een positief effect verwacht wordt
- De voordelen opwegen tegen de nadelen
- De behandeling toepasbaar is (wens pt, verblijfplaats, algehele toestand, levensverwachting)
- (On)gewenste levensverlenging?

Behandeling oorzaak palliatieve fase

Geef GEEN symptomatische medicatie, tenzij:

- Patiënt een hoge lijdensdruk ervaart
- Patiënt een gevaar is voor zichzelf of anderen
- Het de oorzakelijke behandeling verhindert
- Het delier persisterend is

Behandeling delier palliatieve fase

Haldol!

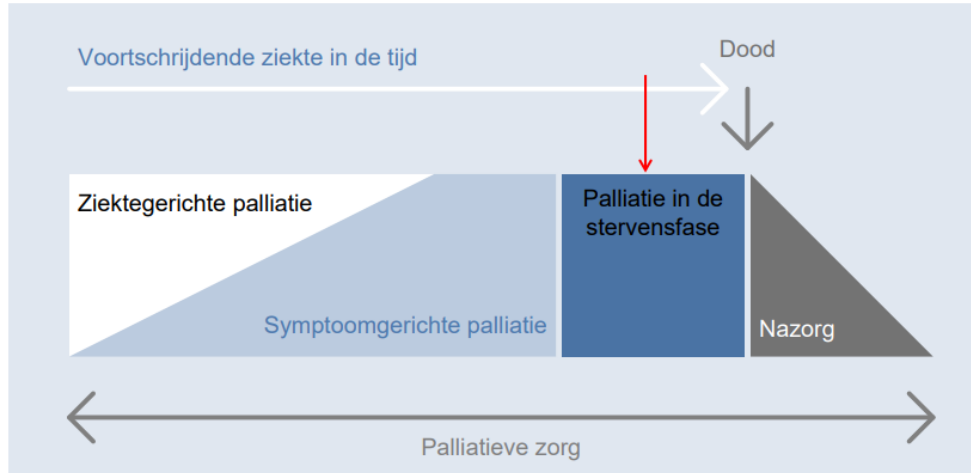
Atypische antipsychotica

- Bij bijwerking haldol
- Bij hypokinetisch rigide syndroom
- Lewy body dementie

Relatieve contraindicatie

- epilepsie

Delier in de stervensfase



Model van Joanne Lynn en David Adamson

- Pijn (opiodrotatie?)
- Verlagen / stoppen delirogene medicatie?
- Onttrekking (nicotinepleister)
- Urineretentie
- Obstipatie

Delier in de stervensfase

Bij psychotische symptomen: haldol

Bij angst: midazolam

Bij braken / pijn / dyspnoe: Nozinan

Intermitterende sedatie?

Intermitterende sedatie bij delier

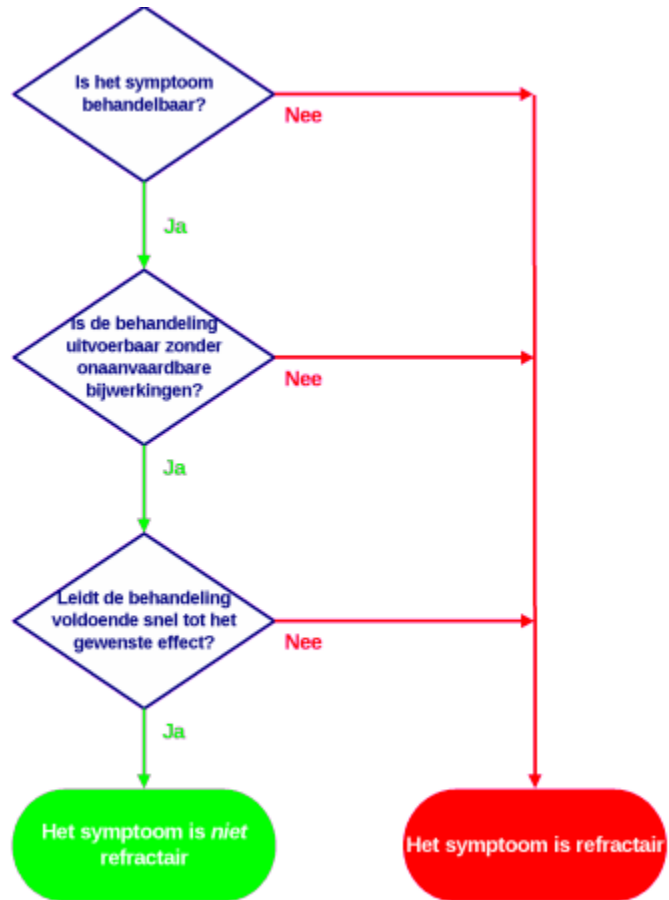
Primaire doel: rust!

Herstel slaap-/waakritme

Goed inzetbaar bij twijfel levensverwachting

Te weinig gebruikt??

Delier in de stervensfase



Refractair delier?

- Overweeg stoppen haldol
- Sedatie met midazolam
- Snel(ler) toevoegen Nozinan

Delier en palliatieve sedatie



Stel de juiste indicatie
(refractair symptoom)

Bepaal de vorm van sedatie

Zorg voor consensus en goede
voorbereiding

Inzet juiste middelen en
dosering

Take home message

Impact delier!!

Preventie van groot belang

- Niet medicamenteus
- Saneren medicatie

Bij delier: zoek naar oorzaak, tenzij...

Haldol!! Clozapine bij Parkinson / LBD!!

Stop alcohol = start benzo

Inzet medicatie / sedatie?

Casus

92-jarige dame

- Woont thuis. Afgelopen twee maanden gaat de situatie verder achteruit, ligt veel op bed. Kan kleine transfer in/uit bed maken. Eet en drink matig.
- Kwetsbare oudere en arterieel vaatlijden. Droge necrose.
- Pijn goed onder controle met fentanyl pleister 50 ug + 2 dd 5 mg oxycodon MGA + 4 dd 5 mg oxycodon zo nodig
- In toenemende mate motorische onrust, wel georiënteerd
- Nare dromen, slaapt wel goed
- Meer incontinent voor urine en deze ruikt.

Oorzaak?

Casus

- ❑ Niet medicamenteuze interventies: oriëntatie en rustige omgeving.
- ❑ UWI behandelen + katheter plaatsen
- ❑ Morfine omlaag (geen combi van opioïden!)
- ❑ Haldol druppels zo nodig voor de nacht
- ❑ Uitbereiding zorgmomenten

Het gaat twee dagen beter qua verwardheid maar er is wel een toename van de pijnklachten. Transfer uit bed is niet meer haalbaar. Blokkade is niet mogelijk (overleg pijnteam).

- ❑ Start morfine s.c. via pomp + evt. NSAID erbij.

Casus

Pijn wordt duidelijk minder maar verwardheid en onrust neemt toe (hallucinaties, plukt aan kleding, slaan).

- ❑ Ophogen haldol
- ❑ Toevoegen temazepam (eerder in ziekenhuis goed effect)
- ❑ Inzet nachtzorg ter ontlasting van familie.

Casus

Volgende dag: onrust blijft, met name in de avond/nacht.
Tekenen van pijn niet zichtbaar.

- ❑ Morfine s.c. dosering omlaag
- ❑ Midazolam s.c. voor de nacht

Volgende dag: opnieuw onrustige dag en nacht, weinig verbetering zichtbaar ondanks interventies... Familie erg verdrietig.

En nu?

Casus

Refractair symptoom?

- ❑ Start midazolam s.c. continu in overleg met familie
- ❑ Binnen 24 uur comfortabel en diepe sedatie
- ❑ Na 2,5 dag rustig overleden