

Atypisch delier

GEVAAR VOOR ONDERDIAGNOSTIEK EN -BEHANDELING

Sonja Rutten en Annemiek Schadé

DAMES EN HEREN,

Regelmatig herkennen artsen een delier niet bij klinische patiënten. Een atypisch delier is zelfs nog lastiger te herkennen. Hierbij ontstaan de kenmerkende symptomen van een delier pas later in het beloop van het ziektebeeld, of worden ze overschaduwd door niet-typische verschijnselen zoals somberheid, suïcidaliteit of auditieve hallucinaties. Om onderbehandeling en een slechtere prognose te voorkomen is goede diagnostiek belangrijk.

Een delier wordt gekenmerkt door een acute of subacute verandering van bewustzijn, cognitieve functies en waarneming, en door een fluctuerend beloop.¹ Hoewel 10-40% van de opgenomen patiënten op een chirurgische of intergeneeskundige afdeling van een algemeen ziekenhuis een delier ontwikkelt,² wordt dit ziektebeeld vaak niet herkend door medisch specialisten, inclusief psychiaters.^{3,4} Als een delier niet adequaat wordt behandeld, is er een hoger risico op complicaties, een langere opname-duur, verlies van zelfredzaamheid, meer institutionalisering en een hogere mortaliteit, zowel tijdens de ziekenhuisopname als erna.² In de literatuur is het atypisch delier bekend onder verschillende termen, zoals 'een delier met overwegend emotionele symptomen', een 'subsyndromaal delier' of een 'hyperactief-hyperalert noch hypoactief-hypoalert delier'. Bij 11-77% van de delieren is sprake van een atypisch klinisch beeld.⁵⁻⁸ Dit vergroot de kans dat een delier niet gediagnosticeerd en dus niet behandeld wordt.

Aan de hand van 3 casussen illustreren wij de atypische verschijningsvormen van een delier en geven suggesties ter verbetering van de diagnostiek.

Patiënt A is een 65-jarige vrouw die is opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde vanwege sufheid en ondervoeding. Zij heeft een voorgeschiedenis van diabetes mellitus type 2, perifeer vaatlijden en 3 perioden van alcoholafhankelijkheid, waarvan de laatste 4 jaar geleden. Haar partner is overleden en zij is recent gepensioneerd. Bij lichamelijk onderzoek wordt een cachectische vrouw gezien; uit aanvullend onderzoek blijkt dat zij gedehydrateerd en ondervoed is. Op de afdeling maakt patiënte een sombere indruk. Na 10 dagen vraagt de internist een psychiater in consult, omdat hij denkt dat zij een depressie heeft.

Bij anamnese vertelt patiënte al lange tijd somber te zijn.

GGZ inGeest-VUmc, polikliniek Psychiatrie, Amsterdam.

Drs. S. Rutten, aios psychiatrie.

VUmc, Psychiatrische Consultatieve Dienst, Amsterdam.

Dr. A. Schadé, psychiater (tevens: GGZ inGeest, Polikliniek en kenniscentrum HIV en psychische klachten, Amsterdam).

Contactpersoon: drs. S. Rutten (s.rutten@vumc.nl).

Zij kan nergens van genieten, en heeft een gebrekkige eetlust en slaapproblemen. Zij heeft geen suïcidale gedachten. Bij psychiatrisch onderzoek zien we een magere vrouw die in bed ligt, summere antwoorden geeft en haar ogen alleen op verzoek kortdurend opent. Patiënte is gedesoriënteerd in plaats en tijd. Zij heeft geheugenproblemen en het denken is vertraagd. Ze heeft geen hallucinaties. Patiënte maakt een zeer sombere indruk, en heeft een vlakke mimiek en vertraagde psychomotoriek. Op basis hiervan denken we aan een depressie met vitale kenmerken, maar sluiten een delier niet uit. De buurvrouw thuis vertelt bij heteroanamnese dat patiënte sinds haar pensionering weer een halve fles whisky per dag is gaan drinken. Zij at de laatste tijd nauwelijks. Er was geen sprake van evidente somberheid, geheugenproblemen of bizar gedrag in de thuissituatie. De diagnose 'delier bij acute alcoholonthouding sinds opname, ondervoeding en dehydratie' lijkt nu waarschijnlijker; mogelijk is er een comorbide depressie. De verpleging begint met het registreren van het gedrag van patiënte volgens de 'Delirium observation screening'(DOS)-schaal. Een score van 3 of meer op de DOS-schaal geeft aan dat er waarschijnlijk sprake is van een delier. Die nacht heeft patiënte een DOS-score van 5. We schrijven haloperidol 1 mg 1 dd a.n. voor. Ook krijgt patiënte een kalender en klok om zich beter te kunnen oriënteren, en wordt ze door de verpleging aangespoord om te eten en drinken. De delirante en depressieve symptomen verdwijnen binnen 2 dagen. Patiënte zegt dan dat zij vóór de opname geen depressieve klachten had, en ze kan zich niet herinneren dit tijdens de anamnese vermeld te hebben.

Patiënt B is een 50-jarige man met in de voorgeschiedenis hypertensie, een CVA 4 jaar geleden met als restverschijnselen een persoonlijkheidsverandering en cognitieve functiestoornissen, en een blaascarcinoom, waarvoor radicale cystectomie en constructie van een neoblaas 2 jaar geleden plaatsvond. Patiënt is op de IC opgenomen nadat er een abces is ontstaan in de presacrale ruimte door naadlekkage; er is sprake van fisteling naar het distale rectum, fasciitis necroticans en sepsis. Patiënt krijgt onder andere esketamine en fentanyl toegediend vanwege hevige pijn. De IC-arts vraagt een psychiater in consult omdat patiënt zich suïcidaal uit: hij vraagt de verpleging om een touw om zich op te hangen. Tijdens de psychiatrische anamnese ontkent patiënt suïcidaal te zijn. Hij is wel angstig, omdat hij vastligt en de verpleging hem pijn doet. De anamnese lijkt niet geheel betrouwbaar, omdat patiënt wisselende antwoorden geeft. Bij psychiatrisch onderzoek zien we een grote man die gefixeerd in bed ligt. Hij is wisselend vriendelijk en vijandig. Hij heeft een gedaald bewustzijn en is gedesori-

enteerd, de aandacht en het geheugen zijn gestoord, en hij is achterdochtig naar het IC-personeel. De stemming is wisselend en het affect labiel. Patiënt is gefixeerd, omdat hij verbaal en fysiek agressief is en zijn sonde en infusen probeert te verwijderen. De verpleging denkt dat er sprake is van antisociale persoonlijkheidsproblemen. Zijn kinderen vertellen bij heteroanamnese dat patiënt sinds zijn CVA wel prikkelbaarder maar nooit agressief is. Patiënt maakt op hen een verwarde indruk, zo heeft hij het idee opgesloten te zijn in een tbs-kliniek.

Wij stellen de diagnose 'delier op basis van sepsis, infecties en medicatiegebruik bij pre-existente cognitieve schade door een CVA'. Na de start van behandeling met haloperidol 5 mg 1 dd verdwijnen het agressieve gedrag en de motorische onrust. Wanneer de somatische toestand van patiënt verbetert en de pijnmedicatie wordt afgebouwd, klaart het delier op. Er zijn dan geen aanwijzingen meer voor persoonlijkheidsproblemen en patiënt heeft geen suïcidale gedachten.

Patiënt C is een 61-jarige man die is opgenomen op de afdeling Interne geneeskunde met een pneumonie. Hij heeft een uitgebreide somatische voorgeschiedenis met onder andere een myocardinfarct 12 jaar geleden en een TIA 4 jaar geleden. Patiënt had 8 jaar geleden depressieve klachten na een scheiding, waarvoor hij door een psychiater werd behandeld met citalopram 10 mg 1 dd. De depressie is geheel in remissie, maar de citalopram is hij blijven gebruiken. De zaalarts behandelt de pneumonie met intraveneuze antibiotica. Omdat patiënt stemmen hoort en dingen op de muur heeft gezien, vraagt de zaalarts een psychiater in consult.

Patiënt vertelt bij anamnese dat hij af en toe de stemmen van zijn kinderen en stukjes van radioprogramma's hoort. Hij heeft dit thuis nooit gehad, maar wel kortdurend tijdens een eerdere ziekenhuisopname. Patiënt is niet angstig, omdat hij weet dat zijn belevingen niet echt kunnen zijn. Hij vraagt zich af of hij het misschien heeft gedroomd. Zijn stemming is goed en hij slaapt uitstekend. Bij psychiatrisch onderzoek ziet de psychiater een verzorgde, rustige man. Het bewustzijn is helder en patiënt is goed georiënteerd. Hij heeft geen geheugenstoornissen. Het denken is ongestoord in vorm en inhoud. Anamnestic zijn er auditieve en mogelijk ook visuele hallucinaties. De stemming is goed. De verpleging rapporteert dat patiënt een rustige psychomotoriek heeft en 's nachts goed slaapt. Er zijn geen aanwijzingen voor een wisselend bewustzijn.

De diagnose 'delier' wordt overwogen, maar niet gesteld vanwege het ontbreken van de typische symptomen zoals een wisselend bewustzijn of cognitieve stoornissen. We stellen de voorlopige diagnose 'psychose niet anders omschreven (NAO)'. Omdat de realiteitstoetsing intact

is, patiënte geen lijdensdruk ervaart en behandeling met antipsychotica nadelen kan hebben, besluit de psychiater tot een afwachtend beleid. Die nacht is patiënt zeer onrustig en angstig, en heeft hij levendige visuele hallucinaties. Zijn maximale DOS-score is hierbij 11 ('waarschijnlijk delier'). De volgende dag stelt de psychiater de diagnose 'delier op basis van een pneumonie'. Zij schrijft behandeling met haloperidol 1 mg 2 dd voor en na 2 dagen is het delier in remissie.

BESCHOUWING

Deze casussen leren ons dat een delier gepaard kan gaan met atypische symptomen. Deze atypische symptomen kunnen zo op de voorgrond staan dat er een foutieve diagnose gesteld wordt op basis van voortijdige conclusies. Als een adequate behandeling daardoor uitblijft, verslechtert de prognose van de patiënt. We bespreken hier hoe zorgvuldige diagnostiek en afweging van de symptomen kan leiden tot verbetering van de herkenning en erkenning van een delier.

SOMBERHEID EN SUÏCIDALITEIT

Bij patiënt A leidden de indrukwekkende stemmingsklachten tot verdenking op een depressie, ook al was er sprake van kenmerkende symptomen van een delier. De reden dat de psychiater in consult werd gevraagd bij patiënt B, was suïcidaliteit. Delirante patiënten uiteten vaker een doodswens.^{5,8} Dit is goed invoelbaar bij ernstig zieke patiënten met een onzekere prognose. Patiënt B had echter geen doodswens meer toen het delier in remissie was. De DSM-IV-TR noemt een sombere stemming of emotionele labiliteit niet bij de criteria van een delier.¹ Toch komen depressieve symptomen voor bij naar schatting 43-86% van de delirante patiënten.^{5,6,8} In diverse meetinstrumenten die ontwikkeld zijn voor het vaststellen van een delier of de ernst hiervan, zoals de 'Delirium observation screening'-schaal, zijn affectieve veranderingen wel opgenomen.⁹

Zoals de casus van patiënt A aantoonde, kunnen de symptomen van een delier en die van een depressie elkaar deels overlappen: cognitieve functiestoornissen, een vertraagde psychomotoriek en spraak, somberheid en emotionele labiliteit zien we bij beide stoornissen. Differentiatie kan moeilijk zijn, maar de voorgeschiedenis van een patiënt kan hierin richting geven. Een voorgeschiedenis met depressieve episoden pleit meer voor een recidiefdepressie. Risicofactoren, bijvoorbeeld een leeftijd > 70 jaar, visus- of gehoorstoornissen, het gebruik van alcohol (zoals patiënt A) of een doorgemaakt CVA (zoals patiënt B), maken een patiënt kwetsbaar voor het krijgen van een delier.² Daarnaast is het beloop van de klachten van belang: waar een depressie meestal in de loop van

- Een delier wordt gekenmerkt door een acute of subacute verandering van bewustzijn, cognitieve functies en waarneming, en door een fluctuerend beloop.
- Bij een atypisch delier ontstaan de kenmerkende symptomen pas later of worden ze overschaduwd door niet-typische symptomen als somberheid, suïcidaliteit of auditieve hallucinaties; hierdoor kan een delier gemist worden.
- Voor zorgvuldige diagnostiek zijn een anamnese, psychiatrisch onderzoek en heteroanamnese de minimale vereisten, waarbij gelet moet worden op de aanwezigheid van risicofactoren voor een delier.
- Om een delier te onderscheiden van andere psychiatrische aandoeningen is het noodzakelijk het beloop van de klachten en de voorgeschiedenis goed uit te vragen.
- Bij patiënten met risicofactoren voor een delier die tijdens een ziekenhuisopname een acuut psychiatrisch beeld ontwikkelen, moet een delier eerst worden uitgesloten.

weken tot maanden ontstaat, ontstaat een delier acuut of subacuut. Zoals duidelijk werd in de beschreven casussen, is een heteroanamnese noodzakelijk om deze gegevens te verzamelen.

PSYCHOSE OF DELIER?

Auditieve hallucinaties waren het prominentste symptoom bij patiënt C. Een delier gaat meestal gepaard met visuele hallucinaties, terwijl auditieve hallucinaties juist vaker op de voorgrond staan bij andere psychotische aandoeningen.¹⁰ Auditieve hallucinaties komen echter wel degelijk voor bij een delier.¹⁰ Aanvankelijk ontbraken bij patiënt C de meer kenmerkende symptomen van een delier, zoals wisselingen in het bewustzijn of stoornissen in de oriëntatie. Een psychose NAO leek daarom waarschijnlijker dan een delier. Die nacht ontwikkelde hij echter evidente delirante symptomen en kon de diagnose bijgesteld worden. Bij patiënt C werd de diagnose 'delier' mogelijk aanvankelijk gemist, omdat de symptomen niet herkend en erkend werden.

Een psychiatrisch consult is een momentopname en vanwege het sterk fluctuerende beloop van een delier kunt u een patiënt aantreffen tijdens een symptoomarm interval. Bij een hypoalert-hypoactief delier is vaak weinig aan de patiënt te zien, waardoor ook verpleegkundig personeel, dat de patiënt wel op meerdere momenten ziet, symptomen van een delier kan missen. Dit kunt u in de praktijk het beste ondervangen door gerichte observatie op diverse momenten van de dag. Hierbij kunt u gebruikmaken van screeningsinstrumenten, zoals de DOS-schaal.⁹

Dames en Heren, bij een delier kunnen minder typische symptomen, zoals een depressieve stemming, suïcidaliteit of auditieve hallucinaties, op de voorgrond staan en zo de diagnostiek bemoeilijken. Ook al zijn er indrukwekkende symptomen die het eerst in het oog springen, het is toch belangrijk verder te kijken en het gehele psychiatrisch onderzoek te completeren. Hiervoor zijn een anamnese, psychiatrisch onderzoek en heteroanamnese de minimale vereisten, met speciale aandacht voor de aanwezigheid van risicofactoren en beloop van de symptomen.^{2,7} Gebruik van meetinstrumenten kan de screening door verpleging vergemakkelijken en is een goede manier om observaties op meerdere momenten te

documenteren. Bij patiënten met risicofactoren voor een delier die tijdens een ziekenhuisopname een acuut psychiatrisch beeld ontwikkelen, dient men een delier uit te sluiten voordat men andere psychiatrische aandoeningen overweegt.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 11 april 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A5910

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

LITERATUUR

- 1 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th text revision ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- 2 Richtlijncommissie delirium van de Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn delirium. Amsterdam: Boom; 2004.
- 3 Armstrong SC, Cozza KL, Watanabe KS. The misdiagnosis of delirium. *Psychosomatics*. 1997;38:433-9.
- 4 Ritchie J, Steiner W, Abrahamowicz M. Incidence of and risk factors for delirium among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 1996;47:727-30.
- 5 Gupta N, de Jonghe J, Schieveld J, Leonard M, Meagher D. Delirium phenomenology: what can we learn from the symptoms of delirium? *J Psychosom Res*. 2008;65:215-22.
- 6 Sandberg O, Gustafson Y, Brannstrom B, Bucht G. Clinical profile of delirium in older patients. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1300-6.
- 7 Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Dubuc-Sarrasin M. Subsyndromal delirium in older people: a systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 5 november 2012 (epub).
- 8 Farrell KR, Ganzini L. Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med*. 1995;155:2459-64.
- 9 Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract*. 2003;17:31-50.
- 10 Cutting J. The phenomenology of acute organic psychosis. Comparison with acute schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1987;151:324-32.