

Casus Palliatieve zorg en delier

Bron: uit de praktijk van een van de commissieleden herziene richtlijn Delier in de palliatieve fase, IKNL oktober 2022.

Dhr. Van Holland is een 72-jarige man. Hij is gehuwd en gepensioneerd automonteur. Zes maanden geleden is er bij hem een oesofaguscarcinoom cT3N1M0 vastgesteld waarvoor hij chemo en radiotherapie heeft gekregen. In de overige voorgeschiedenis heeft hij hypertensie, DM II en nierfunctiestoornissen. Twee maanden geleden liet de PET-CT gehad een complete metabole respons van het oesofaguscarcinoom zien, geen nieuwe laesies en geen aanwijzingen voor afstandsmetastasen.

Echter is meneer nu weer opgenomen op afdeling medische oncologie in verband met klinische achteruitgang en is er sinds vandaag verwardheid en onrust opgevallen. Je bent zaalarts of arts bij het palliatief team en wordt in consult gevraagd bij deze patiënt of je bent verpleegkundige/verpleegkundig specialist. Kies wie je bent.

Je opent het EPD om de gegevens van de patiënt in te zien en leest de status van de SEH-arts van twee dagen geleden.

Voorgeschiedenis

- 2003 Hypertensie
- 2008 Diabetes mellitus type II
- 2015 Nierfunctiestoornis
- 2022 cT3N1M0 plaveiselcelcarcinoom slokdarm met klieren hoog para-tracheaal en ter hoogte van de truncus waarvoor chemo en radiatietherapie

Medicatie

colecalfierol 800ie tablet, 800 IE, Oraal, 1xdd
dalteparine wvsp 2500ie=0,2ml (12.500ie/ml), 2.500 IE, Subcutaan, 1xdd an
gliclazide 80mg tablet MGA, 80 mg, Oraal, 1xdd
insuline aspart injvst flexpen 300E=3ml (100E/ml) (novorapid), 0-8 Eenheden, Subcutaan, Zonodig
insuline glargine (Toujeo), 30 Eenheden, Parenteraal, 1xdd an
metformine tablet, 500 mg, Oraal, 2xdd

Allergie: heeft voor zover bekend geen allergieën.

Intoxicatie: roken -, alcohol + soms op een feestje.

Vitale parameters:

Algemeen:

Hartfrequentie: 90 sl/min
NIBD: 150/65
Ademhalingsfrequentie: 18 sl/min
SpO2: 99 %
Temperatuur: 36,6 °C

Neurologisch onderzoek

HCF: bewustzijn EMV maximaal, georiënteerd in tijd en plaats, geheugen intact, geen dysartrie of afasie, wel traag in spreken, begrip soms ook wat traag. Aandacht is goed te trekken en redelijk te behouden.

HZ: pupillen isocoor en lichtreactief, gezichtsvelden globaal intact, normale oog volgbewegingen, zonder diplopie of nystagmus. De sensibiliteit en motoriek van het gelaat is symmetrisch intact, mediane tongprotrusie. Pharynxbogen heffen symmetrisch met uvula in midline. Kracht m. trapezius MRC 5/5, sternocleidomastoideus 5/5. Wat mimiek-arm gelaat.

Mot: MRC re/li: biceps 5/5, triceps 5/5, vingerflexoren 5/5, vingerextensoren 5/5, iliopsoas 5/5, hamstrings 4+/4+, quadriceps 5/5, tibialis anterior 5/5, gastrocnemius 5/5. Kan rechterzijde, zowel

arm als been (met name been) minder goed ontspannen. Diadochokinese rechts moeizamer dan links (met name het proneren-supineren).

Sens: tastzin symmetrisch intact.

Coörd: vingertop-neusproef en vingertop-volgproef bzd ongestoord, kniehakproef bdz slordig met wisselend beeld. Koorddansersgang bdz zeer moeizaam met uitstappen naar links. Hierbij geeft pt ook aan dat hij het zelf ook moeizaam vindt.

Ref: BPR, TPR en KPR symmetrisch opwekbaar. APR bdz laag opwekbaar. VZR plantairflexie bdz.

G&S: voorzichtig, wankel normobasisch gangspoor met normale armswing, met hier en daar uitstappen, maar corrigeert het zelf, hangt een beetje achterover, omdraaien gaat voorzichtig, hakken- en tenenloop bdz intact.

Anamnese

Somatisch:

Algehele situatie: In de afgelopen twee weken is de patiënt in zijn algeheel achteruitgegaan. Het begon met spanningen voor een PET scan, want patiënt doet mee aan een onderzoek waarbij na chemoradiatie watchfull waiting wordt toegepast. De patiënt beschrijft een weëig gevoel te ervaren in het hele lichaam, maar niet in het hoofd.

Eetlust: De patiënt had deze afgelopen twee weken ook minder eetlust. Patiënt vertelt vorige week nog minimaal te hebben gegeten, maar de afgelopen dagen nauwelijks. Af en toe neemt patiënt een energieverrijkt drankje, maar moet daarvoor gemotiveerd worden door echtgenoot. Patiënt is niet misselijk en hoeft niet te braken.

Pijn: Patiënt heeft geen pijn.

Neurologisch: Behoudens langzame achteruitgang van het zicht (bij 3-jaar oude bril en bekende staar) heeft patiënt geen diplopie of acute visuswijzigingen. Patiënt geeft wel aan sinds ongeveer een maand wat minder goed te ruiken. Daarbij merkte patiënt dat hij de afgelopen twee dagen taken minder goed kon uitvoeren. Alles kost meer tijd en patiënt voelt zich wankel en zwak op de benen, waardoor lopen moeizamer gaat. Er is geen sprake van duizeligheid.

Gewicht: Patiënt is afgelopen half jaar 3 kg afgevallen.

Heteroanamnese

Echtgenoot vindt dat patiënt meer suf is de afgelopen dagen. De patiënt valt snel in slaap, is trager in spreken, lopen en taken uitvoeren. Echtgenoot vindt patiënt niet gedesoriënteerd. Echter geeft echtgenoot aan dat patiënt bij een eerdere opname erg verward is geweest en is hier nu weer bang voor. Echtgenoot benoemd dat er toen gesproken werd over een delier.

Psychosociaal

Patiënt woont samen met echtgenoot en hebben samen drie kinderen en zes kleinkinderen. Ze zijn inmiddels al 45 jaar getrouwd. De patiënt houdt erg van tuineren, schilderen en sleutelen aan de auto. Patiënt is vroeger automonteur geweest van beroep.

Existentieel

Patiënt is niet met religie bezig. Hij laat het leven komen zoals het gaat. Nu het slechter gaat, beseft hij wel meer dat het leven eindig is.

Radiologie

PET-scan:

1. Beeld van uitgebreide lymfekliermetastasering retroperitoneaal.
2. Beeld van diffuse longmetastasering.
3. Beeld van botmetastase in corpus L2.
4. Verdenking op metastasen in beide nieren.

Conclusie

72-jarige patiënt met in de voorgeschiedenis hypertensie, diabetes en plaveiselcelcarcinoom van slokdarm met op PET-CT uitbreiding metastasering. Presenteert zich op SEH vanwege:

Sinds twee week geleidelijk last van een wankel gevoel op de benen, verminderde eetlust en traagheid. Tevens verminderde reuk sinds ongeveer een maand. Bij neurologisch onderzoek traagheid, een wankel looppatroon, moeizame diadochokinesie (re>li), minder goed kunnen ontspannen van de rechterzijde (benen>armen), slordige koorddansersgang met uitstappen naar links, kniehakproef bdz wat slordig.

Beleid

- MRI cerebrum met contrast, termijn < 1 week, bij voorkeur deze week nog gezien voorgeschiedenis.

Vraag 1: Patiënt heeft eerder een delier doorgemaakt. Op welke manier kunnen niet-medicamenteuze interventies worden ingezet ter preventie van een delier in de palliatieve fase?

Ondertussen heeft patiënt een MRI-scan gehad, waarop zichtbaar is dat er een zestal hersenmetastasen aanwezig zijn waarvoor patiënt reeds gestart is met dexamethason. Echtgenoot en kinderen zijn hierover al ingelicht. Met hen is ook gesproken dat er geen behandelopties meer zijn tot genezing, maar alleen behandeling tot comfort. Er is uitgelegd dat patiënt zich nu in de palliatieve fase bevindt.

Vervolg casus volgende pagina

Consult:

Je besluit na het lezen van het dossier de patiënt te gaan bezoeken op de afdeling. Je treft daar de echtgenoot en zoon van de patiënt aan en besluit eerst met hen in gesprek te gaan, gezien patiënt nu slaapt. Je geeft uitleg wie je bent en wat je doet.

Heteroanamnese:

Echtgenoot vertelt dat het sinds 4 dagen geleden allemaal snel achteruitgaat. Vorige week had patiënt nog een slokdarm scopie met biopsie gehad onder een roesje en sindsdien is patiënt niet meer zichzelf. Hebben gisteren te horen gekregen dat er hersenmetastasen zijn en sinds de start met dexamethason gaat het nog slechter. Het lopen lukt niet meer. Patiënt is al meermaals gevallen. Het lukt sinds vandaag ook niet meer om zichzelf aan te kleden. Patiënt zit een groot gedeelte van de dag in de stoel en slaapt daar. Daarnaast is patiënt met momenten onrustig en verward, vanmorgen was patiënt omgedraaid in bed aangetroffen. Patiënt ziet soms ook dingen die er niet zijn.

Anamnese:

Patiënt kan niet benoemen wat hij hier komt doen. Bij de vraag 'wie zitten er naast het bed' duurt het lang voor er een (niet volledig) antwoord komt. Kan wel de namen van echtgenoot en zoon noemen, maar patiënt kan niet benoemen dat dit zijn echtgenoot en zoon zijn. Patiënt zegt dat hij het allemaal lang vindt duren en dat hij nu wel genoeg vragen beantwoord heeft.

Lichamelijk onderzoek:

Algemeen: Je ziet een zeer vermagerde patiënt in bed liggen. Is vriendelijk in contact, maakt nauwelijks oogcontact, geen contactgroei, patiënt oogt vermoeid.

Cognitieve functies: Helder bewustzijn, aandacht te trekken maar zeer matig te behouden, geeft geen antwoord op vragen, maar blijft hangen in eerder besproken onderwerpen, denkt tempo traag, geen aanwijzingen voor wanen of hallucinaties, ziektebesef en ziekte-inzicht afwezig, opvallend façadegedrag

Affectieve functies: stemming imponeert normofoor, zeer vlak affect

Conatieve functies: onrustige psychomotoriek bovenste extremiteit, neigt naar plukgedrag.

Het was voor zowel echtgenoot, zoon als patiënt een heftige en drukke dag. Zij wensen voor nu met rust gelaten te worden en jullie besluiten samen dat je morgen terugkomt voor een vervolgesprek.

Vraag 2a: Stel aan de hand van de huidige informatie een differentiaal diagnose voor het delier op met de mogelijke oorzaken in deze casus.

Vraag 2b: Waaraan moet je nog meer denken bij de behandeling van een delier *in de palliatieve fase*?

Vervolg casus volgende pagina

De afdelingsarts besluit aanvullend bloedonderzoek te doen:

Nieuw aanvullend onderzoek:

Hemoglobine 7,3 mmol/l; Hematocriet 0,36 l/l; MCV 76 fl; Leukocyten 12,6 10⁹/l; Trombocyten 289 10⁹/l; Natrium 132 mmol/l; Kalium 4,2 mmol/l; Ureum 13,9 mmol/l; ALAT 25 U/l; ASAT 15 U/l; CRP 92 mg/l; INR 1,2, Calcium 3,10 mmol/l; Kreatinine 114 umol/l; MDRD-GFR 54; Albumine 25 g/l; Glucose 15 mmol/l

Conclusie afdelingsarts:

1. Recent gediagnosticeerd met uitgebreid gemetastaseerd oesofaguscarcinoom
2. Symptomatische hypercalciëmie (vandaag 3,10, gecorrigeerd 3,48), doorgestegen onder hyperhydratie
3. Persisterende hyperglycaemie bij bekende DM type II en dexamethason
4. Verward gedrag vermoedelijk bij hypercalciëmie.

Vervolg consult:

Je komt terug op de afdeling voor een vervolgesprek. Je spreekt eerst met de verpleegkundige, die aangeeft dat ondanks de behandeling van de hypercalciëmie en de hyperglycaemie, de patiënt erg delirant blijft. Hij hallucineert en is hier angstig bij. Het lijkt ten opzichte van gisteren weer verslechterd. Zij ziet de situatie somber in.

Heteroanamnese:

Je treft op de afdeling de echtgenoot, zoon en de twee dochters van patiënt. Zij vinden het erg moeilijk om hun vader en echtgenoot zo te zien, maar zien ook dat het hard achteruit gaat. Je bespreek nogmaals met hen dat *patiënt in de palliatieve fase* is beland en dat we zullen zorgen voor comfort bij de patiënt. De artsen zien geen mogelijkheden meer tot verbetering van de ziekte. Daarbij komt ook dat het delier nog geen tendens tot opklaren laat zien.

Je hebt vastgesteld dat de niet-medicamenteuze behandeling en de behandeling van de onderliggende oorzaak van het delier onvoldoende effect hebben. Er is hoge lijdensdruk bij patiënt en familie. Je bespreekt met de familie dat er medicamenteuze opties zijn om het delier te behandelen. De patiënt is in staat tot orale intake.

Vraag 3a: Wat is in deze casus het middel van eerste keuze voor medicamenteuze behandeling van het delier? En wat is de juiste start dosering?

Vraag 3b: Indien de patiënt de ziekte van Parkinson in zijn voorgeschiedenis heeft staan, wat zou dit voor medicamenteuze consequentie hebben op de behandeling van het delier?

Vervolg casus op de volgende pagina

Vervolg consult:

Er gaan twee dagen voorbij waar het delier onder controle is geweest met orale toediening van 1 dd 1 mg haldol. Echter word je nu door de afdelingsarts gebeld, dat patiënt hard achteruitgaat. De hypercalciëmie en hyperglycaemie stabiliseren niet. De patiënt heeft geen orale intake meer, zeer weinig urineproductie en is zeer onrustig. Er is geen sprake van pijn of dyspnoe. De afdelingsarts schat in dat deze patiënt nog minder dan 2 weken te leven heeft en vraagt om advies wat te doen bij deze onrust.

Vraag 4: Wat is nu de beste medicamenteuze vervolgstap ter bestrijding van de onrust?

Vervolg consult:

Al snel wordt duidelijk dat ook deze behandelingsstrategie niet werkzaam is. Er is sprake ernstige onrust en de huidige behandeling zorgt niet voor verlichting. Er is sprake van een refractair delier.

Vraag 5: Wat is nu, gezien het refractaire delier, de beste behandeling voor deze patiënt?

Einde casus

Voor meer informatie, raadpleeg de herziene richtlijn [Delier in de palliatieve fase](#) (Pallialine, oktober 2022). Met de herziening van de richtlijn heeft er een update plaats gevonden op basis van nieuwe inzichten, praktijkervaringen en wetenschappelijk onderzoek. Een aantal nieuwe modules zijn toegevoegd, zoals de module Preventie en Organisatie van zorg.