

Klinische verschijnselen en beloop van een delirium

2.1. Inleiding

Als inleiding en uitgangspunt voor de richtlijn wordt hier een overzicht gegeven van de klinische verschijnselen en het beloop van het delirium.³

3. Zie ook handboeken, zoals *Textbook for Consultation-Liaison Psychiatry* (Wise & Rundell 2002) en *Delirium in old age* (Lindesay e.a. 2002a).

In het algemeen ontstaat een delirium binnen enkele uren tot dagen en fluctueren de klinische verschijnselen in de loop van de dag. Symptomen gaan en komen, en delirante patiënten kunnen zelfs enige uren zonder symptomen zijn, wat een mogelijke diagnostische valkuil is. Bij oudere patiënten kan het delirium meer geleidelijk binnen enkele weken ontstaan (Lindesay e.a. 1990). De snelheid van optreden is ook afhankelijk van de oorzaak. Plotselinge ernstige lichamelijke verstoringen zoals een grote operatie zullen sneller een delirium teweegbrengen dan meer sluipende oorzaken, zoals een metabole stoornis. Het optreden van een delirium betekent altijd een plotselinge belangrijke achteruitgang van het functioneren van de patiënt die niet kan worden toegeschreven aan een reeds bestaande of zich ontwikkelende dementie (APA 1994).

Voor de klinische praktijk geldt dat een verwarde somatisch zieke patiënt een delirium heeft tot het tegendeel is bewezen. Dit geldt zeker voor oudere patiënten. Zolang een patiënt delirant is, kan de diagnose 'dementie' op grond van het klinisch beeld niet met zekerheid worden gesteld. Een heteroanamnese kan wel aanwijzingen opleveren voor premorbide cognitieve achteruitgang.

2.2. PRODROMALE VERSCHIJNSELEN

Sommige patiënten vertonen prodromale verschijnselen, zoals slapeloosheid 's nachts en sufheid overdag, levendige dromen of nachtmerries, illusies en korte, corrigeerbare momenten van desoriëntatie, moeite met denken, rusteloosheid, geïrriteerdheid en angst. Binnen één tot drie dagen kunnen deze prodromale symptomen overgaan in het volledige beeld van een delirium (APA 1999; Van der Mast 1999).

2.3. KLINISCHE KENMERKEN

De *bewustzijnsstoornis* uit zich in een verminderde helderheid en een afgenomen besef van de omgeving, zonder dat er sprake is van coma. De delirante patiënt heeft moeite om de *aandacht* te concentreren, deze vast te houden of te verplaatsen, is makkelijk afgeleid of reageert nauwelijks meer. Ook de andere cognitieve functies kunnen gestoord zijn. Een delirante patiënt kan meestal niet helder en logisch *denken*. Als het delirium niet al te ernstig is, kan de patiënt zelf vertellen dat het denken hem veel moeite kost. Bij een

ernstig delirium is het dikwijls onmogelijk om een gesprek te voeren en de patiënt te volgen in zijn gedachtegang. Sommige delirante patiënten worden zeer zwijgzaam, anderen schelden en tieren. Het oordeelsvermogen en het begrip raken gestoord. Er is geen ziektebesef. Delirante patiënten zijn dikwijls achterdochtig, zijn vaak erg bezig met de dood, en kunnen paranoïde wanen hebben, bijvoorbeeld de overtuiging vergiftigd of vermoord te zullen worden. Dit kan leiden tot agressief, weerspannig en onhandelbaar gedrag. De *geheugenstoornissen* betreffen vooral het kortetermijngeheugen en leiden vaak tot anterograde amnesie, met soms eilandjes van herinnering en een onbetrouwbare anamnese. Delirante patiënten kunnen confabuleren, en herinneren zich vaak slechts brokstukken van wat er gebeurd is. De langetermijnherinnering is meestal intact. Gebeurtenissen uit het verleden, zoals oorlogsherinneringen, spelen vaak vervormd een rol in psychotische belevingen tijdens het delirium. *Desoriëntatie* uit zich aanvankelijk in tijd, later ook in plaats, en in een misidentificatie van vertrouwde personen. Bij een licht delirium kan de oriëntatie intact blijven, en ook tijdens een ernstiger delirium kunnen perioden van intacte oriëntatie voorkomen. Ook dysartrie, dysgrafie, dysnomie (benoemingsstoornissen) en zelfs afasie worden beschreven (APA 1999; Van der Mast 1999).

Waarnemingsstoornissen kunnen misinterpretaties, dispercepties, illusies en hallucinaties betreffen. Hoewel deze waarnemingsstoornissen meestal visueel van aard zijn, kunnen ook de akoestische, tactiele, smaak- en reukwaarneming gestoord zijn. Hallucinaties kunnen eenvoudig zijn (zoals lichtflitsen, een bepaald geluid), maar ook complex (zoals een driedimensionaal voorval, een gesprek). Vaak zijn hallucinaties zeer 'levensecht', kleurrijk, en angstaanjagend. Ze kunnen levenloze objecten, dieren en mensen betreffen. 's Nachts, wanneer zintuiglijke prikkels onduidelijk of verminderd zijn, en bij een verminderde visus of slechthorendheid komen gemakkelijker waarnemingsstoornissen voor (APA 1999; Van der Mast 1999).

Bij een delirium treden ook vaak stoornissen van het slaap-waakritme, de motorische activiteit en het emotionele leven op. Het normale *slaap-waakritme* is altijd verstoord en dikwijls geheel omgekeerd. Nachtelijke onrust treedt vaak vroeg in het beloop van een delirium op. Er zijn vaak *psychomotorische stoornissen*. De patiënt kan extreem onrustig zijn, maar ook zeer geremd en apathisch, en zelfs stuporeus. Hyperactiviteit is in het algemeen doel-loos. Ook is er vaak sprake van agitatie, en agressief en onhandelbaar gedrag. Gebrek aan slaap en hyperactiviteit kunnen leiden tot uitputting. Zelfbeschadiging bijvoorbeeld door vallen of het uittrekken van lijnen kunnen een hyperactief delirium compliceren. Delirante patiënten hebben dikwijls *affectieve en stemmingsstoornissen* zoals emotionele labiliteit, radeloosheid, apathie, angst, somberheid, vijandigheid, geprikkeldheid en, heel soms, euforie (APA 1999; Van der Mast 1999).

Afhankelijk van de oorzaak van het delirium kunnen een aantal specifieke *neurologische verschijnselen* zoals tremor, ataxie,

chorea, myoclonieën, asterixis, reflexveranderingen en nystagmus voorkomen (APA 1999). Behalve aan een intoxicatie, kan dan ook gedacht worden aan een neurologische aandoening of bijvoorbeeld een hepatische encefalopathie als oorzaak voor het delirium. Het komt echter ook voor dat bij een patiënt met een afasie en lichte gedragsstoornissen ten onrechte een delirium wordt vermoed. Bij een hyperactief delirium dat gepaard gaat met heftige angst treden frequent verschijnselen van autonome overactiviteit op zoals tremoren, tachycardie, hypertensie, verhoogde transpiratie, en verhoogde pupillen. Bij een ernstig delirium en bij oudere patiënten kan incontinentie voor urine en feces voorkomen (APA 1999; Van der Mast 1999).

KLINISCHE KENMERKEN VAN HET DELIRIUM

Beloop	Acuut begin, meestal nachtelijk
Kernsymptomen	Wisselende ernst van het klinisch beeld, met symptoomvrije perioden
Denkstoornis	Gestoorde aandachtsconcentratie, gepaard gaande met verhoogde of verminderde alertheid
Waarnemingsstoornis	Onvermogen om helder en logisch te denken Verward, vertraagd of versneld denken Achterdocht, een gevoel van bedreiging en paranoïde wanen Verlies van oordeelsvermogen
Geheugenstoornis	Visuele dispercepties, illusies, en hallucinaties. Waarnemingsstoornissen kunnen ook akoestisch en haptisch van aard zijn. Vooral 's nachts en bij patiënten met een verminderde visus en slechthorendheid Met name kortetermijngeheugenstoornis
Desoriëntatie	Soms: confabulaties; vaak: onbetrouwbare anamnese Eerst desoriëntatie in tijd, gevolgd door desoriëntatie in plaats en persoon (misidentificatie van vertrouwde personen)
Verstoord slaap-waakpatroon	's Nachts slapeloosheid en nachtmerries; overdag sufheid
Psychomotoriek	Meestal: (extreme) onrust, plukkerigheid en ongericht agressief gedrag Ook: apathie en teruggetrokken gedrag
Stemming	Emotionele labiliteit Meestal: angstig en radeloos Ook: somber, geprikkeld, vijandig of inadequaat opgewekt
Overige	Incontinentie voor urine en feces Sympathische overactiviteit met tremoren, tachycardie, hypertensie, en verhoogde transpiratie
Verskillende verschijningsvormen	Hyperactieve-hyperalerte vorm, met agitatie en overaltheid Hypoactieve-hypoalerte vorm, met apathie en verminderde alertheid Gemengde vorm

2.4. DELIRIUM SUBTYPEN

Er lijken, gebaseerd op de mate van psychomotorische activiteit en alertheid, twee verschijningsvormen van het delirium te bestaan. Het hyperactieve-hyperalerte subtype wordt vooral gezien bij ont-trekking van alcohol en benzodiazepines. Mogelijk gaat deze verschijningsvorm van het delirium meer samen met wanen, hallucinaties en desoriëntatie dan het hypoactieve-hypoalerte of stille delirium, dat wordt gekenmerkt door apathisch, teruggetrokken gedrag en een verminderde alertheid (Ross e.a. 1991). Het hypo-

actieve-hypaalerte subtype van het delirium lijkt vooral bij ouderen en bij een hepatische encefalopathie op te treden. De gemengde vorm, die gekenmerkt wordt door onvoorspelbare wisselingen van de ene in de andere verschijningsvorm, komt waarschijnlijk het meeste voor, gevolgd door de hyperactieve-hyperalerte verschijningsvorm (APA 1999).

2.5. DIAGNOSTIEK EN DIFFERENTIËLE DIAGNOSEN

Artsen beseffen meestal onvoldoende dat het optreden van een delirium een belangrijk medisch probleem is en wijst op de aanwezigheid van (levensbedreigende) lichamelijke ziekte(n) (Inouye 1998). Bij de diagnostiek van het delirium kunnen drie risico's worden onderscheiden die belangrijk zijn voor het verdere klinische beleid: 1) de ernst van de somatische ontregeling, 2) de ernst van de psychische ontregeling en de daarmee samenhangende mogelijke wilsonbekwaamheid, en 3) de ernst van de gedragsstoornissen waardoor de patiënt gevaar loopt zichzelf of anderen te beschadigen.

Als men erop bedacht is, wijst het *klinisch beeld* dikwijls al in de richting van een delirium en is de diagnose niet moeilijk te stellen. Een *heteroanamnese* van de bij de patiënt betrokkenen geeft informatie over zijn premorbide functioneren en eventuele risicofactoren inclusief middelen- en medicatiegebruik. De verpleging kan door systematische *observatie* een indruk geven van zijn gedrag gedurende de rest van de dag en de nacht. Om de *lichamelijke oorzaak(en)* van het delirium te achterhalen is vaak herhaaldelijk intern en neurologisch onderzoek nodig. Ook is het noodzakelijk om zorgvuldig na te gaan wat voor (genees)middelen de patiënt gebruikt. Op grond van klinische overwegingen moet besloten worden tot aanvullend diagnostisch onderzoek.

Vooral bij oudere patiënten en bij onduidelijkheid over het premorbide cognitieve functioneren is een delirium soms moeilijk te onderscheiden van *dementie*. Bij beide staan cognitieve stoornissen op de voorgrond. De symptomen van een delirium ontstaan binnen uren tot dagen, terwijl een dementie zich geleidelijk in maanden tot jaren ontwikkelt. Bij dementie blijkt uit de voorgeschiedenis reeds cognitieve achteruitgang. Het verloop van een delirium is typisch fluctuerend en in het algemeen 'self-limiting'. Bij dementie zijn de symptomen in de loop van de dag min of meer onveranderd aanwezig en nemen in de loop van de tijd alleen maar toe. Een tweede belangrijke differentiële diagnose is de *depressie*. Het onderscheid tussen een hypoactief-hypaalert delirium en een depressie is, vooral bij oudere patiënten, soms heel moeilijk, zeker als er sprake is van paranoia, mutisme en psychomotorische stoornissen (agitatie of remming). Een depressie ontstaat, in tegenstelling tot het delirium, meestal sluipender, binnen weken tot maanden. Een voorgeschiedenis met depressieve perioden, en de aanwezigheid van uitgesproken somberheid en suïcidaliteit kan leiden tot de diagnose 'depressie'.

2.6. BELOOP EN PROGNOSE

De ernst, de duur en de uitkomst van een delirium hangen af van de onderliggende lichamelijke aandoening(en), de kwetsbaarheid van de patiënt en de effectiviteit van de behandeling. De aanwezigheid van een delirium wijst op een ernstige acute lichamelijke ziekte, waarvoor snel medisch ingrijpen noodzakelijk is. Meestal duurt een delirium enkele dagen tot weken, maar een duur van maanden is beschreven (Lindesay e.a. 2002b). Vooral oudere patiënten lopen de kans op een langer (dan een maand) durend delirium. Hoewel het delirium per definitie een voorbijgaande aandoening is, treedt er niet altijd herstel op. Het delirium kan overgaan in coma en dood. Volledig herstel is vooral bij oudere patiënten minder waarschijnlijk. Het optreden van een delirium bij oudere patiënten is een voorspeller van cognitieve achteruitgang in de twee jaar erna (Francis & Kapoor 1992; Rockwood e.a. 1999). Op dit moment wordt onderzoek uitgevoerd naar de vraag of het optreden van een delirium ook een onafhankelijke bijdrage levert aan het (snellere) ontstaan van cognitief disfunctioneren. Delirium is, vooral bij ouderen, een (onafhankelijke) voorspeller voor een langere opname duur, verlies van zelfredzaamheid, een verhoogd risico op complicaties, meer institutionalisering, en een hogere mortaliteit zowel tijdens de ziekenhuisopname als erna (Francis e.a. 1990; Francis & Kapoor 1992; Van Hemert e.a. 1994; Thomas e.a. 1988).