

UPDATE: Management tips voor delier bij patiënten met Covid-19 op niet-ITE

Delier is een psycho-organisch syndroom als gevolg van een lichamelijke ontregeling dat gekenmerkt wordt door een acute stoornis in het bewustzijn en de aandacht, in combinatie met een stoornis in de cognitie (bijvoorbeeld desoriëntatie, geheugenstoornissen) of perceptie (bijvoorbeeld hallucinaties). Delier is een veel voorkomende complicatie bij een Covid-19 infectie, en kan in sommige gevallen initieel de enige presenterende klacht zijn. De gebruikelijke management principes blijven dezelfde, waarbij de beste behandeling bestaat uit het behandelen van de onderliggende oorzaken. Toch blijft het management van delier een uitdaging bij patiënten met Covid-19: delier kan immers leiden tot moeilijkheden met het behouden van adequate isolatie, en daardoor de zorg bemoeilijken; maar de isolatiemaatregelen (waaronder gebrek aan familiebezoek en beperkte bezoeken van zorgverleners) zijn zelf ook factoren die delier in de hand kunnen werken.

1. Observatie mentale toestand

Delier Observatie Screening Schaal (DOS)

(verpleegkundigen)

13 observaties van (non)verbaal gedrag die symptomen van delier weergeven, te scoren op basis van reguliere contacten met de patiënt (minstens 1x/dag, liefst 1x/shift)

DOS eindscore < 3: geen delirium

DOS eindscore ≥ 3: vermoedelijk delirium; bespreek met de behandelende arts. De **Confusion Assessment Method (CAM)** kan door de arts ter bevestiging worden gescoord.

Registratie in KWS

- DOS via Zorgmodule: Veiligheidsmaatregel → definitie Delirium Observatie
- CAM via Zorgmodule arts: Zorg → registratie → Veiligheidsmaatregel → definitie CAM

2. Identificeer en behandel mogelijke oorzaken van delirium: 'PINCH ME'

P – Pijn: Evalueer en behandel, vermijd opiaten zo mogelijk want deze zijn prodelirant

IN – Infectie: Koortsreductie, antibiotica zo nodig

C – Constipatie/urinaire retentie; Wanneer heeft patiënt het laatst ontlasting/mictie gehad? Doppler residumeting? Behandel zo nodig

H – DeHydratie? Overvulling? Elektrolytenstoornissen? Verminderde oxygenatie CZS? Hypoglycemie?

M – Medicatie? Reduceer of vermijd precipiterende medicatie, zoals geneesmiddelen met anticholinerge eigenschappen, benzodiazepines, zolpidem, zopiclone, hoge dosissen opioïden of oudere antihistaminica. Deze kunnen allen prodelirant werken.

E – OmgEving/sensorische deprivatie: laat patiënt zijn bril, hoorapparaat dragen, oriënteer de patiënt regelmatig in tijd, plaats en persoon, zorg voor een evenwichtige prikkel dosering

3. Niet-farmacologische interventies

Tijdens de Covid-19 periode zijn de gebruikelijke interventies niet altijd even haalbaar, doch volgende sleutelinterventies kunnen uitgevoerd worden:

- 2 **H's:** **H**eroriënteer en **H**erhaal (slechte opname van informatie bij patiënten met delier)
- Communiceer duidelijk, langzaam en geruststellend tijdens patiëntencontacten
- Zorg ervoor dat bril (proper) en/of gehoorapparaat (werkend) worden gedragen
- Volg de evolutie van de oorzaken of bijkomende oorzaken op (zie PINCH ME, i.e. stoelgang/diurese, pijn)

4. Overweeg farmacologische interventies voor delirium indien de patiënt of anderen onmiddellijk risico lopen en/of indien dringende zorg noodzakelijk is

In de Covid-19 populatie is er minder terughoudendheid voor de opstart van een farmacologische behandeling. Voor de dosering blijft het principe 'start low, go slow' van toepassing. Voor Covid-19 patiënten bestaat de voorkeursbehandeling uit:

- o **Olanzapine** (Zyprexa®) PO: 2.5 mg tot maximum 10 mg per dag in 1 gift 's avonds → lijkt minimaal te interageren met andere Covid-19 medicatie (www.covid19-druginteractions.org)

OF

- o **Quetiapine** (Seroquel®) PO – voorkeursbehandeling voor patiënten met Lewy Body dementia en Parkinson: 25 mg tot maximum 200 mg per dag gespreid over 2 tot 4 giften
- o **Haloperidol** wordt in deze populatie best vermeden bij het gebruik van andere QTc verlengende medicatie, waaronder de standaard behandeling van Covid-19 patiënten met moxifloxacin of azithromycine (Zitromax® → enkel in trial).

Indien geen andere QTc verlengende medicatie meer wordt gebruikt én het ECG sluit QTc verlenging/andere ritmestoornissen uit, kan een vast schema Haloperidol PO (bij erge onrust IM of SC) opgestart worden: 1 mg (10 druppels) tot maximum 3 mg (30 druppels) per dag in verschillende giften. Ook hier moet uitgegaan worden van het 'start low, go slow' principe.

! Bij gebruik van QTc verlengende medicatie is ECG opvolging noodzakelijk; Advies: afname ECG bij therapiestart én telkens om de 3 dagen. Een significante QTc verlenging: QTc (Fridericia of Rautaharju) > 500 ms OF QTc toename van > 60 ms ten opzichte van het baseline ECG

- o Vermijd het gebruik van benzodiazepines, zolpidem of zopiclone
- o Evalueer de therapie regelmatig in functie van de klinische nood. Bouw de farmacologische behandeling pas af na 3 rustige dagen/nachten

Bij niet-Covid-19 patiënten blijven de bestaande UZ Leuven delier richtlijnen van kracht.

Bij nood aan bijkomende expertise, contacteer:

- Geriatisch Support Team bij 75+ patiënten: dect 41104 (werkuren)
- Liaisonsteam Psychiatrie: dect 40682 (werkuren) of 41277 (wacht)

Bestaande richtlijnen - Intranet UZ Leuven MuzliDoc: Richtlijn voor de preventie van delier; Symptomatische aanpak van het hyperactief delier tov andere oorzaken; patiëntenbrochure: https://assets.uzleuven.be/files/2019-12/delier_acute_verwardheid.pdf