Maastricht University

Behandeling van een stil delier

Citation for published version (APA):

van Velthuijsen, E., Zwakhalen, S., Kempen, G. I. J. M., & Verhey, F. (2018). Behandeling van een stil delier: Wel of geen antipsychotica? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *162*(D2660), 1-7. Article D2660. https://www.ntvg.nl/system/files/publications/d2660.pdf

Document status and date:
Published: 13/07/2018

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:
Taverne

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 20 May. 2024

Behandeling van een stil delier

Wel of geen antipsychotica?

Eveline L. van Velthuijsen, Sandra M.G. Zwakhalen, G.I.J.M. (Ruud) Kempen en Frans R.J. Verhey

Samenvatting

Stil delier komt veel voor onder oudere ziekenhuispatiënten. Ongeveer 29 tot 64% van alle ouderen in het ziekenhuis ontwikkelt een delier; het merendeel van hen ontwikkelt een stil delier.
Stil delier wordt vaak niet of laat herkend en de prognose is slechter dan bij een geagiteerd delier.
Psychotische klachten, angst en lijden komen bij een stil delier even vaak voor als bij een geagiteerd delier.
De richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de multidisciplinaire richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie verschillen in hun advies over de medicamenteuze behandeling van stil delier.
In onderzoeken naar de werking van antipsychotica werd tot nu toe geen onderscheid gemaakt tussen verschillende types delier.
Antipsychotica dienen bij een patiënt met een stil delier slechts overwogen te worden wanneer alle niet-medicamenteuze opties geprobeerd zijn, er geen evidente en oplosbare oorzaak voor het delier gevonden wordt en de patiënt zichtbaar lijdt onder de psychotische klachten.

Casus

Een 83-jarige vrouw wordt binnengebracht op de SEH met een gebroken heup door een val, waarop operatie volgt. Postoperatief is patiënte stil en teruggetrokken en eet en drinkt zij slecht. Haar echtgenoot geeft aan dat zij stiller is dan normaal, wartaal spreekt en angstig lijkt te zijn voor dingen die zij ziet of hoort, maar die haar echtgenoot niet kan zien of horen. Bij klinisch onderzoek blijkt dat de vrouw gedesoriënteerd is. In overleg met de geriater wordt de diagnose 'stil delier met hallucinaties' gesteld. De geriater sluit lichamelijke oorzaken als dehydratie, polyfarmacie, een urineweginfectie en longontsteking uit. Hij raadt aan met niet-medicamenteuze interventies de oriëntatie van patiënte te bevorderen, haar en haar echtgenoot uitleg te geven over de verschijnselen van stil delier en op hun gemak te stellen, en het slaap-waakpatroon te bevorderen. Moet patiënte ook een antipsychoticum voorgeschreven krijgen voor de behandeling van de psychotische symptomen?
Een delier wordt gekenmerkt door een acute verandering in bewustzijn en een afname van cognitieve functies en onvermogen tot het richten, behouden en verleggen van aandacht.[1] Een delier gaat meestal gepaard met psychomotore afwijkingen (agitatie of apathie) en psychotische symptomen die in ernst fluctueren over de dag. Hoewel de precieze pathofysiologie van delier onbekend, is er wel enig inzicht in de onderliggende neurobiologische mechanismen (zie info Neurobiologie en antipsychotica).
De psychomotore symptomen van delier vormen de basis voor een onderverdeling in subtypes, waarvan de twee voornaamste het stille en het geagiteerde delier zijn. Het komt ook vaak voor dat een patiënt afwisselend een stil of geagiteerd delier heeft, het zogenaamde gemengde delier.

Het stille delier

Het stille delier, ook bekend als apathisch of hypoactief delier, kenmerkt zich onder andere door psychomotore vertraging, apathie en vertraagde spraak. Psychotische symptomen zoals wanen en hallucinaties – en het daaraan verbonden lijden en gevoelens van angst en stress – komen bij patiënten met een stil delier even vaak voor als bij patiënten met een geagiteerd delier.[2,3] Deze patiënten kunnen zich hun delier en de wanen en hallucinaties vaak herinneren nadat het delier in remissie is, wat kan zorgen voor veel angst en stress.[4,5]
Stille delieren worden echter vaak over het hoofd gezien of pas later ontdekt dan geagiteerde delieren,[2,6] onder andere door de misvatting dat agitatie altijd onderdeel is van een delier en dat apathie en verwardheid nu eenmaal horen bij de oudere ziekenhuispatiënt.[7] Bovendien worden patiënten met een stil delier doorgaans gezien als gemakkelijk en rustig, waardoor er weinig aandacht besteed wordt aan de veranderingen in het cognitief functioneren van deze patiënten.
Doordat stil delier bij veel patiënten niet herkend of erkend wordt, blijft de onderliggende uitlokkende factor vaak niet of te laat behandeld. Bovendien hebben patiënten met een stil delier, vergeleken met patiënten met een geagiteerd delier, een slechtere prognose met een groter risico op overlijden, heropname of opname in een verpleeghuis.[2,8] Het gaat bovendien om een relatief grote groep patiënten: naar schatting 29 tot 64% van alle ouderen (65+) die worden opgenomen in het ziekenhuis ontwikkelt tijdens het verblijf een delier; het merendeel van hen heeft een stil delier.[9]
Er bestaat discussie over de werkzaamheid en veiligheid van antipsychotica bij de behandeling van patiënten met een stil delier. In dit artikel geven we aan de hand van literatuuronderzoek een overzicht van de effectiviteit en veiligheid van het gebruik van

antipsychotica bij oudere ziekenhuispatiënten met een stil delier. Hierbij stellen we de vraag centraal die ook al speelde bij de casus aan het begin van dit artikel: zijn antipsychotica effectief bij het behandelen van een stil delier bij ouderen?

Richtlijnen

Voor de behandeling van stil delier bestaan verschillende nationale en internationale richtlijnen. In Nederland zijn 2 richtlijnen in gebruik: de richtlijn 'Delier volwassenen' uit 2013,[10] ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Klinische Geriatrie (hierna de multidisciplinaire richtlijn genoemd) en de NHG-standaard 'Delier' uit 2014.[11]

Waar het gaat om niet-medicamenteuze behandelingen, zoals medicatiesanering, slaaphygiëne, voeding en hydratie, komen deze Nederlandse richtlijnen overeen met elkaar en met de richtlijnen van het Engelse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en de American Psychiatric Association (APA). Met betrekking tot de medicamenteuze behandeling van delier wijkt de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn af van de andere richtlijnen (NHG-standaard, NICE- en APA-richtlijn). Deze laatste 3 adviseren antipsychotica (met name haloperidol) pas in te zetten als de patiënt zichtbaar lijdt, onrustig is, of een gevaar vormt voor zichzelf of anderen.[12,13]

In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn zijn de voorwaarden voor het gebruik van antipsychotica minder strikt, en wordt geadviseerd ook een stil delier met antipsychotica te behandelen wanneer niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effect heeft.[10,14,15] Internationale experts pleiten er echter voor om antipsychotica vooral in te zetten bij psychomotore onrust, gedragsproblematiek en bij ernstig lijden ('distress') als gevolg van wanen of hallucinaties, maar alleen wanneer geruststelling niet voldoende is en alle niet-medicamenteuze opties geprobeerd zijn.[9,16-19]

Literatuuronderzoek

Om antwoord te geven op de vraag of antipsychotica effectief zijn bij het behandelen van een stil delier hebben wij 5 omvangrijke systematische reviews met meta-analyses bestudeerd.[9,16-19] Deze 5 overzichtsartikelen bevatten het overgrote deel van de internationale publicaties over de medicamenteuze behandeling van delier tot en met maart 2017. Wij hebben daarnaast nog een extra zoekactie verricht in PubMed met de MESH termen 'delirium', 'medication' en 'antipsychotic' en de term 'hypoactive delirium' voor de periode van 1 januari 2017 tot en met 12 maart 2018, om eventuele relevante artikelen op te sporen die verschenen zijn na publicatie van de genoemde overzichtsartikelen. Deze zoekstrategie leverde nog 4 relevante artikelen op.[20-23] In totaal hebben wij 9 artikelen meegenomen in dit overzicht: 6 overzichtsartikelen,[9,16-19,23] en 3 artikelen van afzonderlijke studies waarin primaire gegevens worden gepresenteerd.[20-22] De figuur geeft een overzicht van de zoekstrategie.

Figuur
Stroomdiagram van literatuuronderzoek naar de effectiviteit van antipsychotica bij de behandeling van oudere ziekenhuispatiënten met stil delier

Resultaten

Een belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat we geen medicatiestudies gevonden hebben die specifiek gericht waren op stil delier of die een onderscheid maakten tussen de verschillende types delier. Ook wordt er in de overzichtsartikelen geen melding gemaakt van de verdeling tussen stil, geagiteerd en gemengd delier in de onderzoekspopulaties van de geïncludeerde studies. Bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens moet dan ook rekening gehouden worden met dit gebrek aan onderzoek dat specifiek gericht is op stil delier. De resultaten van de medicatiestudies die wij hier bespreken, zijn gebaseerd op delier in het algemeen, en niet specifiek voor stil delier.

In de geïncludeerde artikelen werden 5 uitkomstmaten gebruikt om te bepalen of de medicamenteuze behandeling van een delier met antipsychotica effectief was: (a) de duur en (b) de ernst van het delier (bijvoorbeeld mate van agitatie of desoriëntatie), (c) de

opnameduur, (d) de mortaliteit en (e) de mate van lijden bij de patiënt ('distress'). Verder werd in sommige studies rekening gehouden met de bijwerkingen van antipsychoticagebruik, zoals extrapiramidale symptomen, verlengde QT-tijd en verhoogde mortaliteit als gevolg van de medicatie (niet als gevolg van het delier). De tabel geeft een overzicht van de resultaten, die ook hieronder besproken worden.

eerste auteur, jaar	uitkomstmaat				
	duur delier	ernst delier	opnameduur	mortaliteit	bijwerkingen
Oh, 2017	0	0	n/a	n/a	n/a
Marcantonio, 2017*	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Siddiqi, 2016	0	0	+§	n/a	0
Neufeld, 2017	0	0	0	0	0
Schrijver, 2017	0	0	0	0	0
Agar, 2017	n/a	-†	n/a	-	-‡
Weaver, 2017	-	n/a	-**	n/a	n/a
Inouye, 2014*	n/a	n/a	0	0	n/a
Hshieh, 2018*	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

0 = geen verschil tussen wel of geen antipsychotica; + = betere uitkomst met antipsychotica dan zonder antipsychotica; - = slechtere uitkomst met antipsychotica dan zonder antipsychotica; n/a = geen eigen gegevens of zelf uitgevoerde meta-analyses beschikbaar.

* Reviews zonder meta-analyses.

§ Gegevens van slechts één studie beschikbaar, bewijs van zeer lage kwaliteit.

† In een palliatieve setting.

‡ Meer extrapiramidale symptomen bij antipsychotica. Geen verschil in Richmond Agitation and Sedation Score (RASS).

** Op de IC.

Tabel
Effecten van antipsychotica voor de behandeling van delier bij oudere ziekenhuispatiënten
Dit overzicht is gebaseerd op zes overzichtsartikelen en drie afzonderlijke studies[9,16-23]

Geen positief effect op duur delier

In de geraadpleegde literatuur werd geen positief effect van antipsychotica gevonden op de duur van het delier.[17-19,21,22] In één studie waren de delirante patiënten die antipsychotica kregen zelfs langer delirant dan de patiënten die geen antipsychotica ontvingen.[22] Ook was er geen verschil (positief of negatief) in de ernst van de delirante symptomen bij patiënten die wel en geen antipsychotica kregen.[17-19,21]

Delirante patiënten in een palliatieve setting die een antipsychoticum ontvingen voor de behandeling van een delier vertoonden statistisch significant meer waarnemingssymptomen en gedrags- en communicatieproblemen dan patiënten die een placebo ontvingen.[20] Ook bij dit onderzoek was geen rekening gehouden met het subtype van het delier.

Er werd in de verschillende studies geen bewijs gevonden voor kortere opnameduur of verlaagde mortaliteit: de meeste studies die hierover rapporteerden vonden geen verschil,[9,19,21,22] met uitzondering van een groot recent Australisch onderzoek waarin patiënten die antipsychotica kregen een grotere kans op overlijden hadden dan patiënten die een placebo kregen toegediend.[20] De kans op extrapiramidale symptomen, verlengde QTc-tijd of andere bijwerkingen is echter klein bij kortdurend antipsychoticagebruik.[20]

Eén studie geeft als advies dat antipsychotica of andere medicamenteuze interventies uitsluitend gebruikt dienen te worden bij ernstige psychomotore onrust die de veiligheid van de patiënt aantast;[23] dit zijn problemen die doorgaans niet voorkomen bij patiënten met een stil delier, omdat zij vooral apathie en psychomotore vertraging laten zien en hierin zelden een gevaar voor zichzelf of anderen zullen vormen.

Onderzoek: geen onderscheid in deliertype

Wij onderzochten de uitkomsten van onderzoek naar de effectiviteit van antipsychotica bij de behandeling van een stil delier bij

oudere ziekenhuispatiënten. Bij de interpretatie van de resultaten van onderhavig onderzoek is het belangrijk om te beseffen dat geen van de geïncludeerde studies onderscheid maakte tussen de verschillende types delier.
Delier is een complexe, multifactorieel bepaalde stoornis die vaak onder oudere patiënten voorkomt en verschillende uitingsvormen kent. Desalniettemin wordt er in wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van delier nauwelijks rekening gehouden met deze verschillende uitingsvormen: ze worden beschouwd, onderzocht en behandeld als een en dezelfde aandoening. Bij de behandeling van een aandoening is het echter altijd belangrijk om in het achterhoofd te houden welke doelsymptomen er behandeld dienen te worden, wat de beste behandelstrategie is en waarom.
Uit de samenvattende resultaten van onze studie blijkt dat antipsychotica geen invloed hebben op de duur of ernst van een delier of de opnameduur. Patiënten waren ook niet minder overstuur wanneer zij antipsychotica gebruikten.

Antipsychotica bij stil delier?

Antipsychotica verminderen de verschijnselen van agitatie en gevaarlijk of probleemgedrag bij patiënten met een geagiteerd delier, maar deze symptomen komen doorgaans niet voor bij patiënten met een stil delier. Uit kwalitatief onderzoek naar de stress en angst die patiënten ervaren tijdens een delier waarin onderscheid gemaakt werd tussen stil en geagiteerd delier, bleek echter dat patiënten met een stil delier evenveel stress en angst ervaren als patiënten met een geagiteerd of gemengd delier,[2,3] en dat deze gevoelens vooral samenhangen met de aanwezigheid van wanen en hallucinaties.[3,4]
De vraag is evenwel of antipsychotica het lijden van patiënten met een stil delier verlichten. In een kwalitatieve studie uit 2009 bleek dat de meerderheid van de patiënten met een stil delier die zich hun delier konden herinneren, achteraf van streek waren door dit delier, ondanks het gebruik van antipsychotica.[5] Dit is, voor zover bekend, de enige studie waarin de relatie tussen het lijden van patiënten met een stil delier en de medicamenteuze behandeling is onderzocht.
Bij patiënten met een stil delier dient in eerste instantie het onderliggende lijden behandeld te worden, in combinatie met optimalisatie van de zorg, persoonlijke aandacht en heroriëntatie van de patiënt.[7] Wanneer er sprake is van ernstige agitatie of psychose en de patiënt daar zichtbaar onder lijdt kan medicamenteuze behandeling bij stil delier overwogen worden.

Conclusies en implicaties voor de praktijk

‘Is de behandeling van een stil delier bij ouderen met antipsychotica effectief?’, zo luidt de centrale vraag van dit artikel. Wij hebben onvoldoende bewijs gevonden voor effectiviteit specifiek bij patiënten met een stil delier. Op basis hiervan kunnen wij geen eenduidige conclusie trekken.
Uit de geïncludeerde studies naar delier – zonder subtype te specificeren – kunnen we echter concluderen dat het gebruik van antipsychotica geen invloed heeft op de heftigheid en duur van het delier, de opnameduur en de lijdensdruk door psychotische symptomen van een delier. Internationale experts raden daarom aan antipsychotica vooral te gebruiken bij fysieke agitatie en wanneer een patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen. Dit is bij patiënten met een stil delier evenwel zelden het geval. Daarom raden wij aan bij patiënten met een stil delier eerst de onderliggende oorzaken op te sporen en zo mogelijk te behandelen, en niet-medicamenteuze interventies in te zetten die gericht zijn op optimalisatie van de zorg, het slaap-waakpatroon, cognitieve stimulatie, heroriëntatie en activatie. Pas als het delier ondanks deze aanpak aanhoudt of de patiënt zichtbaar lijdt onder psychotische symptomen, is het aan te raden om de ouderenpsychiater, specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater in consult te vragen alvorens te beginnen met een medicamenteuze interventie zoals haloperidol. Bij medicamenteuze interventie moet de patiënt goed gemonitord worden en dient de medicatie afgebouwd te worden zodra dit geen effect lijkt te hebben of wanneer de delirante episode in ernst afneemt.

— Online artikel en reageren op ntvg.nl/D2660
— Universiteit Maastricht, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), afd. Health Services Research: drs. E.L. van Velthuijsen, neuropsycholoog; prof.dr. S.M.G. Zwakhalen, verplegingswetenschapper; prof.dr. G.I.J.M. Kempen, gerontoloog. Universiteit Maastricht, Alzheimer Centrum Limburg, MHeNS School for Mental Health and NeuroScience, afd. Psychiatry and Neuropsychology: prof.dr. F.R.J. Verhey, psychiater.
— Contact: E.L. van Velthuijsen (e.vanvelthuijsen@maastrichtuniversity.nl)
— Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
— Aanvaard op 25 april 2018
— Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2660

Literatuur

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e ed). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

2. Hosker C, Ward D. Hypoactive delirium. BMJ. 2017;357:j2047. Medline doi:10.1136/bmj.j2047
3. Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. Psychosomatics. 2002;43:183-94. Medline doi:10.1176/appi.psy.43.3.183
4. Grover S, Ghosh A, Ghormode D. Experience in delirium: is it distressing? J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2015;27:139-46. Medline doi:10.1176/appi.neuropsych.13110329
5. Bruera E, Bush SH, Willey J, et al. Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. Cancer. 2009;115:2004-12. Medline doi:10.1002/cncr.24215
6. Rice KL, Bennett M, Gomez M, Theall KP, Knight M, Foreman MD. Nurses recognition of delirium in the hospitalized older adult. Clin Nurse Spec. 2011;25:299-311. Medline doi:10.1097/NUR.0b013e318234897b
7. Oldham MA, Flanagan NM, Khan A, et al. Responding to ten common delirium misconceptions with best evidence: an educational review for clinicians. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2018;30:51-7. Medline
8. Avelino-Silva TJ, Campora F, Curiati JAE, Jacob-Filho W. Prognostic effects of delirium motor subtypes in hospitalized older adults: A prospective cohort study. PLOS ONE. 2018;13:e0191092. Medline doi:10.1371/journal.pone.0191092
9. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383:911-22. Medline doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1
10. Richtlijn delier volwassenen en ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2013.
11. NHG-Standaard Delier. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2014.
12. Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline [CG103]. Manchester: National Institute for Care and Health Excellence; 2010.
13. Trzepacz P, Breitbart W, Franklin J, et al.; Work Group on Delirium. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association; 2010.
14. Leentjens AF, Molag ML, Van Munster BC, et al; members of the Guideline Development Group Delirium. Changing perspectives on delirium care: the new Dutch guideline on delirium. J Psychosom Res. 2014;77(3):240-241. Medline doi:10.1016/j.jpsychores.2014.07.014
15. Meagher D, Agar MR, Teodorczuk A. Debate article: Antipsychotic medications are clinically useful for the treatment of delirium. Int J Geriatr Psychiatry. 30 juli 2017 (epub). Medline doi:10.1002/gps.4759
16. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med. 2017;377:1456-66. Medline doi:10.1056/NEJMcp1605501
17. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. JAMA. 2017;318:1161-74. Medline doi:10.1001/jama.2017.12067
18. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3:CD005563 Medline.
19. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc. 2016;64(4):705-714. Medline doi:10.1111/jgs.14076
20. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2017;177:34-42. Medline doi:10.1001/jamainternmed.2016.7491
21. Schrijver EJM, de Vries OJ, van de Ven PM, et al. Haloperidol versus placebo for delirium prevention in acutely hospitalised older at risk patients: a multi-centre double-blind randomised controlled clinical trial. Age Ageing. 2018;47:48-55 Medline.
22. Weaver CB, Kane-Gill SL, Gunn SR, Kirisci L, Smithburger PL. A retrospective analysis of the effectiveness of antipsychotics in the treatment of ICU delirium. J Crit Care. 2017;41:234-9. Medline doi:10.1016/j.jcrc.2017.05.034
23. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. Psychiatr Clin North Am. 2018;41:1-17. Medline doi:10.1016/j.psc.2017.10.001

Kernpunten

- Delier is een veelvoorkomende, ernstige complicatie bij oudere ziekenhuispatiënten.
- Er zijn twee hoofdtypes: stil delier en geagiteerd delier; stil delier wordt slechter herkend en heeft een slechtere prognose dan geagiteerd delier.
- Een delier wordt altijd uitgelokt door een onderliggend lijden en de behandeling dient er, waar mogelijk, op gericht te zijn dit lijden te genezen.
- De NHG-standaard 'Delier' en de multidisciplinaire richtlijn 'Delier volwassenen en ouderen' verschillen in hun advies over het

gebruik van antipsychotica bij stil delier.
- Er is geen bewijs voor de effectiviteit van antipsychotica bij patiënten met een stil delier.

Neurobiologie en antipsychotica

De precieze pathofysiologie van delier is onbekend, maar van een aantal neurobiologische mechanismen is bekend dat ze een rol spelen bij ontstaan of in stand houden van een delier, waaronder verstoring van de neurotransmitterbalans (met name een toename van dopamine en een afname van acetylcholine), inflammatie (in het bijzonder neuroinflammatie), metabole ontregeling, elektrolytstoornissen en genetische factoren.[9] Het is echter niet bekend of en hoe deze verschillende neurobiologische mechanismen een rol spelen bij de ontwikkeling van de verschillende subtypes en het ontstaan van psychotische klachten.
De werking van antipsychotica – met name haloperidol – op delier is afgeleid van het effect op psychotische klachten bij mensen met psychiatrische problemen. Haloperidol is een sterke dopamineantagonist en wordt ingezet om het dopamineoverschot bij delier tegen te gaan.[9] Naast het overschot aan dopamine wordt bij delirante patiënten vaak een afname van acetylcholine waargenomen. Haloperidol heeft echter ook een anticholinerge werking. Dit zou de toch al aanwezige afname van acetylcholine bij deze patiënten kunnen verergeren. Medicatie met een sterke anticholinerge werking wordt dan ook in principe afgeraden bij patiënten met een delier.[10]