

Richtlijn Delier in de palliatieve fase - module Dosering en toedieningsvormen van medicamenteuze behandeling bij delier

Doseringen

Tabel 7. Overzicht van geadviseerde doseringen

Middel	Dosering
Haloperidol	<p>Startdosering ≥ 70 jaar 1-2 dd 0,5-1 mg p.o., bouw geleidelijk op. Idem bij leverinsufficiëntie of ernstige nierinsufficiëntie. Bij ≤ 70 jaar hogere doseringen. Start met 1-2 dd 1mg; tot max/dag 20 mg p.o. bij jongere patiënt. Daarnaast, afhankelijk van de setting, de eerste dag(en) tevens zo nodig tot 2dd extra 0,5 mg haloperidol bij onrust. Er kan ook gekozen worden voor lorazepam, oxazepam of midazolam als co-medicatie.</p> <p>Bij ernstige motorische onrust: Startdosering: 0,5-2 mg p.o., buccaal, s.c., i.m. (i.m. alleen bij ernstige motorische onrust indien toediening niet op een andere manier mogelijk is) of i.v., elk half uur tot effect optreedt. Effect na circa 20 min te verwachten. Onderhoudsdosering: 1-5 mg/24 uur met een maximum van 20 mg/24 uur (bij orale toediening) of 10 mg/24 uur (bij parenterale toediening), lagere doseringen bij ouderen. In een stabiele situatie volstaat vaak 1 dd voor de nacht. Indien een onrustig delirante patiënt tot rust is gekomen dankzij haloperidol en tevens een benzodiazepine, is het raadzaam om eerst het benzodiazepine en daarna de haloperidol weer af te bouwen. Haloperidol oraal: s.c./i.v./buccaal = 2 : 1. NB bij buccale toediening wordt het middel direct via de mucosa in de circulatie opgenomen.</p>
Clozapine	<p>Start met 1 dd 12,5 mg p.o. a.n., in stappen van 12,5 mg verhogen. max/dag 50 mg (in uitzonderlijke gevallen 100) mg, eventueel over 2 giften verdeeld over de dag. Bij kwetsbare ouderen start met 6,25-12,5 mg 1dd p.o. a.n. (zie richtlijn voor het gebruik van clozapine). Eventueel mogelijk maar slecht beschikbaar: i.m. toediening. Oraal.: i.m. = 2 : 1 Raadpleeg hiervoor de apotheker. NB (stoppen met) roken interfereert met de clozapinespiegel. Bij stoppen met roken stijgt de clozapine spiegel met gemiddeld 40%-50% (CYP 1A2).</p>
Olanzapine	<p>1-2 dd 2,5 mg p.o., of i.m./s.c. Op geleide van effect ophogen, max/dag 20 mg.</p>
Quetiapine	<p>1-2 dd 12,5-50 mg, op te hogen tot effectieve dosis.</p> <p>Bij gereguleerde afgifte: 50 mg; 1dd; op te hogen met 50 mg tot effectieve dosis. Bij ziekte van Parkinson max/dag 200 mg</p>
Risperidon	<p>2 dd 0,5-1 mg p.o., maximaal 2 dd 2 mg.</p>
Rivastigmine	<p>2 dd 1,5-3 mg p.o. Pleister (voorkeur): starten met laagste dosering. 4,6; evt. 9,5; tot 13,3 mg/24 u</p>

Let op: zie pagina 2 voor het vervolg van het overzicht van geadviseerde doseringen.

Tabel 7. Overzicht van geadviseerde doseringen (vervolg)

Mogelijke comedicaatie naast de antipsychotica	
Lorazepam	p.o. of s.l. 1-4 mg elke 4-6 uur Overweeg, als de patiënt ondanks bovenstaande erg onrustig blijft, kortdurend en op geleide van de symptomen over te gaan op lorazepam 0,5-2 mg/2 uur parenteraal.
Oxazepam	1-3 dd 10 mg; op te hogen tot max 3 dd 50 mg, alleen oraal mogelijk
Midazolam	Start met 2,5-5,0 mg s.c. of buccaal (injectievloeistof) of oromucosaal (wegwerpspuit, bijbetalen); tot max 6 dd op geleide van effect (oraal: tablet midazolam is onvoldoende werkzaam). In acute situaties (tijdelijke sedatie gewenst): 10 mg s.c.; zo nodig herhalen N.B. bolus niet i.v. in verband met risico op ademdepressie. Consulteer laagdrempelig een expert in eigen netwerk, of anders het regionale team palliatieve zorg voor deskundig advies (consultatiedienst palliatieve zorg landelijk en per regio). Alternatief: nasaal (neusspray) 10 mg (5 mg in elke neusgat = bdz 2 sprays van 2,5 mg/dosis). Of: nasaal via MAD, in eerste lijn: ambulances, doktersposten. Zie toelichting onder deze tabel : 5 mg in elk neusgat (2 x 1 ml van 5 mg/ml) . Herhaal zo nodig 1 keer, pas op voor ademdepressie. In het geval van palliatieve sedatie: zie richtlijn palliatieve sedatie .
Levomepromazine	In het geval van palliatieve sedatie: zie richtlijn palliatieve sedatie

Referenties

1. Elsayem A, Bush SH, Munsell MF, Curry E 3rd, Calderon BB, Paraskevopoulos T, Fadul N, Bruera E. Subcutaneous olanzapine for hyperactive or mixed delirium in patients with advanced cancer: a preliminary study. J Pain Symptom Manage. 2010 Nov; 40(5): 774-82.
2. NHG 2020. [Behandelrichtlijn geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties](#).
3. NHG 2014. [Standaard delier versie 2.1](#)
4. Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. Beschikbaar via <https://farmacotherapeutischkompas.nl>.