

Delirium

Version 1, Dezember 2006

Dr. med. Stefan Pazeller

Einleitung

Das Delirium ist im Gegensatz zur Demenz ein akuter Verwirrheitszustand. Es tritt gehäuft bei älteren Patienten auf und ist bei den über 65-jährigen für mehr als 49 % der Hospitalisationstage verantwortlich. In dieser Altersgruppe tritt ein Delirium in bis zu 24 % bei Eintritt, in bis zu 50 % postoperativ und während der Hospitalisation auf. Das Delirium geht oft mit lebensbedrohlichen Zuständen einher und hat bei hospitalisierten Patienten eine ähnlich hohe Mortalitätsrate (bis 76 %) wie ein akuter Myokardinfarkt oder eine Sepsis. Zudem folgt einem Delirium häufig eine Kaskade von Ereignissen, welche mit dem Verlust der Unabhängigkeit, erhöhter Morbidität und vermehrten Gesundheitskosten einhergehen.

Das Delirium ist häufig, wird aber trotzdem in bis zu zwei Drittel der Fälle nicht erkannt.

Diagnosekriterien nach DSM IV

Eine Bewusstseinsstörung mit eingeschränkter Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu richten, aufrecht zu erhalten oder zu verlagern.

Eine Veränderung der kognitiven Funktionen (wie Gedächtnisstörung, Desorientiertheit, Sprachstörung) oder die Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, die nicht besser durch eine schon vorbestehende, manifeste oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann.

Das Störungsbild entwickelt sich innerhalb einer kurzen Zeitspanne (gewöhnlich innerhalb von Stunden oder Tagen) und fluktuiert üblicherweise im Tagesverlauf.

Es gibt Hinweise aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden, dass das Störungsbild durch die direkten körperlichen Folgeerscheinungen eines medizinischen Krankheitsfaktors verursacht ist.

Assessment-Instrument

Confusion Assessment Method (CAM)

Einteilung nach psychomotorischer Aktivität

Das Delirium macht sich im klinischen Alltag in vier Erscheinungsformen bemerkbar. Patienten mit einem hypoaktivem Delir haben ein schlechteres Outcome, als solche mit einem hyperaktiven Delirium.

Hyperaktives Delir, u.a. Delirium tremens (ca. 15 %)
psychomotorische Unruhe, erhöhte Irritierbarkeit, Halluzinationen, Angst, ausgeprägte vegetative Zeichen

Hypoaktives Delir, u.a. Intoxikationen (ca. 25 %)
scheinbare Bewegungsarmut, kaum Kontaktaufnahme, Halluzinationen und Desorientierung erst durch Befragen deutlich, kaum vegetative Zeichen

gemischtes Delir (ca. 50 %) (hyper- und hypoaktive Anteile)
 psychomotorisch unauffällig (ca. 10 %)

Ätiologie

Die genaue Pathophysiologie ist nicht klar. Aktuell erklärt sich das Delir am ehesten aus einem Ungleichgewicht der Neurotransmitter (cholinerges Defizit, dopaminerger Überschuss, Störung anderer Neurotransmitter), welche durch Cytokine (z.B. Permeabilitäts-erhöhung der Blut-Hirn-Schranke, Veränderung der Neurotransmission) moduliert werden. Im geriatrischen Klinikalltag ist die Ursache des Deliriums typischerweise multifaktoriell bedingt. Prinzipiell kann jede Erkrankung oder jedes Medikament wie auch psychosoziale Belastungen gebrechliche alte Menschen (vor allem Demente, Multimorbide, polypharmazeutisch Behandelte) delirant werden lassen.

Auflistung häufiger Ursachen eines Delirs beim geriatrischen Patienten

Medikamente	- Medikamente mit anticholinergem Nebenwirkung Neuroleptika, Antiparkinsonmedikamente, heterozyklische Antidepressiva, Antihistamika, Antikonvulsiva, Sedativa, Scopolamin, Opiate, Chinolone, Augentropfen (Mydriatika), urologische Anticholinergika - Steroide, Nifedipin, Isosorbiddinitrat, Furosemid, Antiarrhythmika (Digoxin), Theophyllin, Chemotherapeutika - Polypharmazie (Kumulation anticholinergem Nebenwirkungen)
Entzug	Benzodiazepine, Alkohol
Metabolische Störungen	Dehydratation, Elektrolytstörungen Leber- und Niereninsuffizienz, Hypoxien, Anämien Endokrinopathien (Hyper-/Hypoglykämien, Hyperkalzämie, Hyperthyreose)
Infektionen	z. Bsp. Harnwegsinfekte, Pneumonien
Kardiopulmonal	Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Kardiale Arrhythmien, Lungenembolien
Diverses	TIA, cerebrovaskulärer Insult, Subduralhämatom Harnverhalt, massive Obstipation nach Narkose Seh- und Hörstörungen

Dauer und Prognose

Das Delir klingt häufig innerhalb einiger Tage ab, kann aber mit fluktuierendem Verlauf bis zu 6 Monaten dauern. Je schwerer und je länger ein Delir (unbehandelt) besteht, desto häufiger und stärker sind die kognitiven Folgeschäden für den Patienten.

Differentialdiagnose

	Delirium	Demenz	Depression
Beginn	akut	schleichend	variabel
Verlauf	fluktuierend	langsam progressiv	Diurnale Schwankung
Bewusstsein	eingeschränkt, getrübt	klar bis späte Phase der Erkrankung	normal
Orientierung	fehlend	fehlend	normal
Aufmerksamkeit	eingeschränkt	wenig eingeschränkt	eingeschränkt

Gedächtnis	eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis	eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis	intakt
------------	------------------------------------	------------------------------------	--------

Ein Delir kann sich auf eine Demenz oder eine Depression aufpfropfen, was die Differentialdiagnose erheblich erschwert.

Therapie

1. Identifikation möglicher Ursachen und nach Möglichkeit kausale Therapie
 - Medikamente evaluieren und eventuell absetzen
2. Nicht medikamentöse Therapie
 - strukturierter Tagesablauf, das Trinken überwachen/anbieten
 - Förderung der Mobilität, der ADL (activities of daily living)
 - Reizabschirmung, Realitätsbezug herstellen, klare Kommunikation
 - Stabilisierung sensorischer Defizite (Brille aufsetzen, Hörgerät tragen lassen, etc.)
 - Einbezug, Aufklärung und Betreuung der Angehörigen
 - Bezugspersonen schaffen
3. Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Therapie ist bei denjenigen Patienten notwendig, welche durch ihre Agitation sich selbst (Verweigerung der Medikamente, Weglauftendenz, etc.) oder die Umgebung gefährden. Die Therapie wird in der Regel mit einem Neuroleptikum begonnen. Dabei ist Haloperidol als einziges in randomisierten kontrollierten Studien untersucht. Es gilt deshalb als Medikament erster Wahl. Bei fehlendem Ansprechen einer medikamentösen Therapie ist zuerst die Dosis zu steigern und erst in zweiter Linie auf ein anderes Medikament zu wechseln.

Medikamentöses Therapieschema

1. Wahl: Haldol®	- Tropfen = 2mg/ml (10 Tr = 1 mg) , 1 Ampulle = 5mg/ml - max. Wirkung oral: ab 4-6h - Sedation ab 3-6mg/d - extrapyramidale Symptome (EPS) treten ab 3mg/d gehäuft auf		
	Initiale Dosis	Intervall	Applikation
Leichte Agitation	0.5mg	2-3x/d	oral
Mittelschwere Agitation	1 mg	alle 4-6h	oral, s.c, i.m.
Schwere Agitation	2mg	alle 4-6h	oral, s.c, i.m.
2. Wahl: Risperdal®	- antipsychotischer, weniger sedierend, häufiger EPS als Seroquel®		
	Initiale Dosis	Intervall	Applikation
	0.5 - 1 mg	bis 3x/d	oral
3. Wahl: Seroquel®	- 1. Wahl bei M. Parkinson, Lewy Body Demenz - max. 400mg/d, relativ grosse therapeutische Breite, sedierend		
	25mg	1-0-1	oral
Weitere Therapiemöglichkeiten			
Temesta®	- 1.Wahl bei Benzodiazepin- und Alkoholentzug - zusätzliche Sedation bei ungenügendem Ansprechen der neuroleptischen Therapie		
	1-2.5mg expidet	alle 4 h	oral
Schwere Agitation	2mg (=1/2 Amp.)	max. 2 x/d	i.m.
Nozinan®	Cave: Hypotonie		
Schwere Agitation	10-20mg	max 100mg/d	oral

Lässt sich ein Patient durch obenstehende Therapie nicht führen, muss eine Überweisung mittels fürsorgerischem Freiheitsentzug in eine gerontopsychiatrische Klinik erfolgen. Ist dies aus medizinischen Gründen nicht möglich, muss das weitere Procedere mit den Gerontopsychiatern der psychiatrischen Kliniken abgesprochen werden.

Literatur

Inouye SK. Delirium in Older Persons, Review. N Engl J Med 2006; 354: 1157-65.
Najma Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age Ageing 2006; 35: 350-64.
Meagher DJ. Delirium: optimising management, Review. BMJ 2001; 322: 144-9.
Fürstl Hans et al. (Hrsg). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 2003.

Dank

Die Empfehlungen wurden freundlicherweise durch Frau Dr. med. M. Padrutt, Leitende Ärztin Gerontopsychiatrie Wil SG gelesen und ergänzt.