



Newsletter Dezember 2007

Palliativmedizin SGIM Mitglieder der Arbeitsgruppe

Charles Chappuis

ch.chappuis@solei.ch

Daniel Grob

daniel.grob@waid.stzh.ch

Steffen Eychmüller

steffen.eychmueller@kssg.ch

Rudolf Joss (Vorsitz)

r.a.joss@bluewin.ch

Hans Neuenschwander

cure.palliative@ticino.com

José Luis Pereira

jose.pereira@chuv.ch

Emile Simon

esimon@hin.ch

Redaktion Newsletter

Prof. Dr. Rudolf Joss

Medizinische Onkologie

Departement Medizin

Kantonsspital

6000 Luzern 16

r.a.joss@bluewin.ch

Delir

Steffen Eychmüller und Daniel Grob

Schwerkranke und sterbende Menschen finden wir häufig in einem Zustand der Verwirrtheit vor. Für Ärzte, Pflegende, andere Berufsgruppen und insbesondere auch für die Angehörigen stellt die Einschätzung und dann auch das sinnvollste Vorgehen in der Praxis («nil nocere») eine Herausforderung dar. Unsicherheit besteht dabei häufig bezüglich folgender Punkte:

- Wen belastet diese Verwirrtheit ?
- Handelt es sich um ein Delir oder bspw. um eine Übersiedierung?
- Muss ein Delir beim sterbenden Menschen behandelt werden, oder handelt es sich um einen natürlichen Vorgang, der – sofern nicht eigen- oder fremdgefährdend – begleitet, aber nicht therapiert werden muss?

Definition

Das Englische «delirium» definiert die «acute mental confusion», also den akuten Verwirrheitszustand (oder auf französisch: l'état confusionnel aigu). In der Palliative Care ist das Delir definiert als «ein komplexes Syndrom, welches verschiedenste Ursachen hat und gekennzeichnet ist durch gewichtige Störungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Denkens und des Schlafes»¹.

Das Schwergewicht liegt also darauf, dass das Bewusstsein **UND** die Wahrnehmung (bspw. im Sinn von Halluzinationen) verändert sind, und dies innerhalb eines kurzen Zeitraums.

Diagnostische Kriterien

(nach Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)

- Bewusstseinsstörung (d.h. verminderte Bewusstseinsklarheit gegenüber der Umgebung) mit Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einzelne Reize zu richten, aufrechtzuerhalten und gezielt zu wechseln
- Veränderung kognitiver Funktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, Desorientiertheit oder sprachliche Auffälligkeiten) oder Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, welche nicht besser durch eine bereits bestehende oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann
- Das Störungsbild entwickelt sich in der Regel innerhalb kurzer Zeit (üblicherweise innert Stunden oder Tagen) und fluktuiert meist im Tagesverlauf
- Es gibt Hinweise aus Anamnese, körperlichem Untersuchungsbefund oder technischen Untersuchungen, dass die Störung direkte Folge einer allgemeinmedizinischen Erkrankung ist.

Paper of interest

«Diagnosis and management of Delirium near the end of life»

DJ Casarett, SK Inouye

Ann Int med 2001;135:32-40

Die «hypoaktive» Form wird sehr häufig übersehen, zumal beim Sterbenden, wo auch das Ausmass, wie stark der Patient darunter leidet, nur sehr schwer erfasst werden kann. Die «hyperaktive» Form des Delirs ist diejenige, die oft zu einem Handlungsdruck führt, sei es seitens der Pflegenden oder auch der Angehörigen.

Behandeln oder Begleiten?

Bei sterbenden Krebspatienten tritt ein akuter Verwirrheitszustand in ca. 85 % auf. Mindestens 10 % aller geriatrischen Patienten, die in ein Spital eingewiesen werden, sind delirant. Man schätzt, dass 15-50 % der hochbetagten Patienten im Spital im Verlaufe der Hospitalisation ein Delir entwickeln.

Mögliche Konsequenzen dieses Zustandes sind:

- Selbst- oder Fremdgefährdung
- Verlust der Selbständigkeit
- Kommunikationsstörungen
- Abbruch der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Abnahme des Urteilsvermögens
- Rollenverlust, Störung der Selbstbildes und der sozialen Identität
- traumatische Erfahrung für Patient, Familie und betreuende Equipe
- notfallmässige Einweisung ins Spital oder Überweisung in eine psychiatrische Klinik

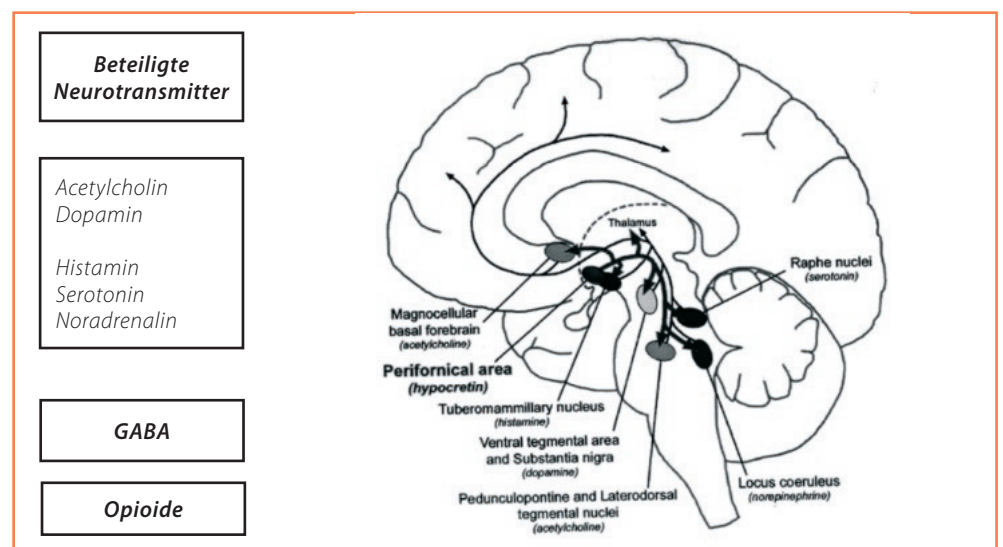
Besonders problematisch sind demente Patienten: Diese entwickeln häufiger eine Delir - was aber oft als «rapide Verschlechterung der Demenz» verkannt wird; damit wird die Chance verpasst, die dem Delir zugrunde liegende somatische Ursache abzuklären und therapeutisch anzugehen.

Bei der Behandlung des Delirs ist nicht nur der Patient zu behandeln und zu leiten, auch das pflegerische und familiäre Umfeld ist einzubeziehen. Eine gute Information und Instruktion über das Zustandsbild bzw. das eigene Verhalten kann häufig eine «Medikalisierung» des Problems verhindern, zumal letzteres auch zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation beitragen kann (s.u.).

Ein weiterer Grundsatz ist für das Vorgehen beim Delir eines schwerkranken oder sterbenden Menschen sehr wichtig: die Erwartung an die Geschwindigkeit der Verbesserung dieses Zustandes ist oft unrealistisch und führt zum Versuch des «quick fix», wie er in der Psychiatrie durchaus mit Erfolg empfohlen wird.

Pathophysiologie

Speziell für die palliative Situation ist die «Fragilität» aller Organsysteme, insbesondere des Gehirns, der Niere und der Leber. Jede medikamentöse Massnahme (insbesondere auch eine vorbestehende Polymedikation) birgt ein delir – förderndes Potential in sich. Eine Vielzahl von Neurotransmittern ist an der Entstehung und Erhaltung des Delirs beteiligt, und leider gibt es deshalb auch keine «guten» Medikamente, die das Delir aufheben.



Referenzen

Caraceni A, Grassi L., 2003, Delirium: Acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press, Oxford.

Hjermstad M, Loge JH, Kaasa S.: Methods for assessment of cognitive failure and delirium in palliative care patients: implications for practice and research. Palliat Med. 2004 Sep;18(6):494-506.

Vella-Brincat J, Macleod AD.: Haloperidol in palliative care. Palliat Med. 2004 Apr;18(3):195-201.

Lawlor PG. Delirium and dehydration: some fluid for thought? Support Care Cancer. 2002 Sep;10(6):445-54

Reich M, Lassaunière J.-M. Prise en charge de la confusion mentale («delirium») en soins palliatifs: l'exemple du cancer. Médecine palliative 2003;2:55-71

Inouye SK et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990 Dec 15;113(12):941-8.

Merke: Jedes neu verordnete Medikament kann aufgrund der Interaktionen mit den beteiligten Neurotransmittern das Delir auch verschlechtern. Ganz besonders zu nennen sind hier z. Bsp. die Benzodiazepine bei älteren Patienten.

Ursachen

Die häufigsten Ursachen des Delirs in der Palliative Care sind potentiell reversibel wie zum Beispiel:

- Medikamente: Opiode, psychotrope Medikamente, Anticholinergika, Benzodiazepine; allgemein Polymedikation
- Infektionen (z.B. die häufigen Harnwegsinfekte)
- Stoffwechselstörungen: z.B. Hypo- oder Hyperglykämie, Hyperkalzämie (korrigiertes Ca⁺⁺), Hyponatriämie, Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz
- Harnverhalt, Verstopfung
- Wasserverlust
- Sauerstoffmangel
- Vitaminmangel (z.B. B₁, B₁₂)

Nicht reversibel sind Ursachen wie z.B. Hirnschädigungen, wie sie auch im Rahmen des Sterbens infolge der Hypoxie auftreten.

Verschlimmernde Faktoren sind

- Umgebung (z.B. Mangel oder Überfluss an Sinnesanregungen, Schlafmangel, Umgebungswechsel)
- Nicht kontrollierte Symptome (Schmerzen, Atemnot, Angst)
- Psychosoziale Stressfaktoren

Was tun ?

Die kritische Diskussion, ob es sich wirklich um ein Delir im Sinne der Definition oder vielmehr um eine Übermedikation, eine Depression, eine Schlafstörung handelt, muss im interprofessionellen Team geführt werden. Die gezielte Suche nach den Kriterien der Definition muss erfolgen.

Im klinischen Alltag hat sich die «Confusion Assessment Method» von Inouye bewährt. Ein Delir ist ernsthaft in Betracht zu ziehen, wenn:

1. die kognitive Zustandsveränderung akut begann und einen fluktuierenden Verlauf zeigt (Fremdanamnese wichtig!)
2. eine Aufmerksamkeitsstörung vorliegt
3. Eine Denkstörung vorliegt (inkohärentes, paralogisches, sprunghaftes Denken) oder eine quantitative Bewusstseinsstörung (sowohl hyperalert als auch schläfrig)

Vor oder zumindest mit jeder therapeutischen Massnahme ist die Ursache des Delirs zu klären: Anamnese, Körperstatus, evtl. Labor- oder weiterführende Untersuchungen).

Therapie - Grundsätze

1. Die Prävention des Delirs ist vordringlich.
2. Immer zuerst nicht-medikamentöse Massnahmen etablieren.
3. Die permanente Überprüfung der Medikation auf Anzahl, Dosierung, mögliche Interaktionen und Toxizität ist Bestandteil jeder Visite oder Arztkontakt.



Medikamentöse Behandlung des akuten Verwirrheitszustandes

Das Medikament der Wahl ist **Haloperidol** (Haldol®, Sigaperidol®). Die Verabreichung erfolgt wenn möglich peroral oder subkutan. Die Initialdosis und Dosissteigerung erfolgt in Abhängigkeit vom Alter des Patienten, der Schwere der Symptome und der Pflegeumgebung.

Der Erfolg der medikamentösen Massnahmen tritt nicht unmittelbar ein. Titrations – Schemata aus der Psychiatrie sind in den meisten Fällen in der palliativen Situation NICHT erfolgsversprechend. Es sollten 24 Stunden mit langsamer Titration und der Kombination von medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien abgewartet werden, um die Wirksamkeit der Behandlung zu beurteilen.

Dosierungsvorschlag (für jüngere Patienten):

Initialdosis: 0.5 - 1 mg / 8 Stunden po/sc;

Reservedosis: 0.5 - 1 mg / 1 Stunde

Maximaldosis pro 24 Stunden: 6 - 15 mg

Alte Patienten reagieren häufig mit extrapyramidalen Nebenwirkungen: Die Maximaldosis von Haloperidol sollte 3 mg/Tag nicht übersteigen.

Bei Misserfolg:

- Neubeurteilung der ursächlichen Faktoren
- Einweisung in ein Spital erwägen, Konsultation einer Palliativ-Elite
- Eine Änderung der medikamentösen Therapie: zusätzlich oder an Stelle der aktuellen Therapie ein stärker sedierend wirkendes Neuroleptikum (z.B. Levomepromazin (Nozinan®) in niedriger Dosierung bspw. 6.25 bis 12.5mg 3-4x täglich) oder ein atypisches Neuroleptikum z.B. Olanzapin (Zyprexa®) 2.5 mg), welches auch erste Wahl beim M. Parkinson ist.

Bei alten Patienten: Risperidon (Risperdal®) oder Quetiapin (Seroquel®) in niedriger Dosierung.

Die Kombination mit einem Benzodiazepin (z.B. Lorazepam (Temesta®), in Schritten von 1 – 2.5 mg) kann im Falle eines hyperaktiven Delirs notwendig werden, birgt allerdings die Gefahr einer Verstärkung der deliranten Situation.

Wesentliche NICHT- medikamentöse Massnahmen

Im Vordergrund stehen hier

- Schaffen einer gewohnten Umgebung (eigene Kleider, Fotografien, Bilder, Bettwaren etc)
- Richtig eingestellte Uhr oder Wecker, gut sichtbarer Kalender mit dem Datum
- Zimmerwechsel vermeiden.
- Beleuchtung gemäss Gewohnheiten und Wünschen des Patienten
- Möglichst hohe Kontinuität der Betreuungspersonen (ärztlich und pflegerisch)
- Klar strukturierter Tagesablauf mit verlässlicher Präsenz
- Kontrollieren, ob der Patient eine Brille oder ein Hörgerät trägt
- Gegebenenfalls Sitzwache

Auf freiheitseinschränkende Massnahmen (Bettgitter, Gurte u.a.) kann meistens, aber nicht immer verzichtet werden. Diese sind aber äusserst zurückhaltend anzuwenden und immer in enger Absprache mit dem Pflegeteam. **Während und nach der akuten Episode** muss den Angehörigen und gegebenenfalls dem Patienten die Symptomatik und der beste Umgang mit der ungewohnten Situation erklärt werden.

Korrespondenz

Dr. Steffen Eychmüller

Palliativzentrum
Kantonsspital
9007 St. Gallen
steffen.eychmueller@kssg.ch

Dr. Daniel Grob

Klinik für Akutgeriatrie
Stadtpital Waid
8037 Zürich
daniel.grob@waid.stzh.ch