

Delir bei älteren und hochaltrigen PatientInnen

Das Delir ist in bis zu 40 Prozent der Fälle vermeidbar und bei rechtzeitiger Diagnose auch gut behandelbar, erklärt Primar Dr. Christian Jagsch aus der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie am LKH Graz.

Von Primar Dr. Christian Jagsch | Mag. Christoph Schwalb



Aus- und Fortbildung

Im klinischen Sprachgebrauch werden die Begriffe „akuter Verwirrheitszustand“, „Durchgangssyndrom“ und „organisches Psychosyndrom“ noch immer häufig als Synonyme für Delir gebraucht. Das subjektive Erleben von einem Delir ist überwiegend negativ, die Betroffenen fühlen sich hilflos und unfähig zu kommunizieren.

Es werden klinisch drei Formen des Delirs unterschieden:

- das hyperaktive Delir mit psychomotorischer Unruhe bis zur Erregung, Agitiertheit, erhöhter Irritabilität, Halluzinationen, Ängsten und vegetativen Zeichen
- das hypoaktive Delir mit Symptomen wie Bewegungsarmut, Lethargie und Somnolenz
- bei älteren und hochbetagten Menschen sehen wir als dritte Form die Mischung dieser beiden Formen.

Laut ICD-10-Klassifikation (F05) werden folgende diagnostische Kriterien gefordert:

Störungen des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik (hyperaktiv, hypoaktiv, gemischt), der Emotionalität sowie des Schlaf-Wach-Rhythmus. Der Beginn ist gewöhnlich akut, im Tagesverlauf wechselnd, die Gesamtdauer der Störung beträgt weniger als sechs Monate. Das Delir kann in jedem Alter auftreten, am häufigsten jedoch jenseits des 60. Lebensjahrs – und es wird zwischen einem Delir ohne und mit Demenz unterschieden. Aus neuropsychologischer Sicht stellt das Delir vordergründig eine globale Aufmerksamkeitsstörung dar, bedingt durch eine individuelle Vulnerabilität, auf die auslösende Faktoren/Noxen treffen.

Pathophysiologisch werden verschiedene Hypothesen diskutiert, wie ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter

Acetylcholin und Dopamin mit einem cholinergen Defizit und einem relativen dopaminergen Überschuss, weiters ein Vorliegen einer Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Achse, resultierend in erhöhten Cortisolspiegeln und schließlich das Vorliegen einer Neuroinflammation und Aktivierung der Mikroglia als Antwort zerebraler Immunzellen auf periphere Entzündungsprozesse. Auch das Vorliegen einer direkten Hirnschädigung durch Hypoxie und Ischämie kann seine Auswirkungen zeigen.

Auch beim Delir sind in erster Linie präventive Maßnahmen entscheidend, um die Entstehung zu verhindern, dann die Behandlung und Beseitigung der auslösenden Faktoren und bei ausgeprägten Fällen eine unterstützende psychopharmakologische Behandlung, welche so kurz wie möglich verabreicht werden soll.

Unter präventiven Maßnahmen werden zusammengefasst:

- auslösende Faktoren vermeiden, wie unnötige Krankenhausaufenthalte, Polypharmazie
- frühzeitig Prodromalsymptome wahrnehmen, wie Agitation, Insomnie, Alpträume, Halluzinationen
- Screening bei der Aufnahme und während des Krankenhausaufenthalts, Wahrnehmen einer Demenzerkrankung, Depression, Angsterkrankung oder Suchterkrankung.

„Die Diagnostik und Behandlung des Delirs sind von immenser Bedeutung, unbehandelt kommt es zu erhöhter Morbidität und Mortalität, sowie zu vermehrten Einweisungen in Pflegeheime.“



- genaue Anamnese bzgl. Delir-Vorkommen in der Vorgeschichte und Evaluierung der Medikamente
- im Krankenhaus ist eine qualifizierte Betreuung erforderlich, wie geriatrische und psychiatrische/neurologische Betreuung, peri- und postoperatives Management, Begleitung durch Familienmitglieder und geschultes Pflegepersonal
- Stress vermeiden, optimale Schmerztherapie, ausreichend Zeit ermöglichen im Gespräch zur Orientierung und Fragenbeantwortung.

Aus der Identifizierung der auslösenden Faktoren ergibt sich die Behandlung, wie fremde Umgebung sowie Beschränkungen und Fixierungen zu vermeiden, Behandlung von Flüssigkeitsdefiziten, Schmerzen und Schlafstörungen, Elektrolytstörungen und anderer somatischer Erkrankungen und Überprüfung der laufenden Medikation.

Ursachengefüge des Delirs Prädisposition + exogene Noxe » Delir

Prädisposition	exogene Noxe
<p><i>hohe Vulnerabilität</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - hohes Lebensalter - kognitive Einschränkung - Frailty - hohe somatische Komorbidität - schwere Grunderkrankung - Hör- od. Sehbehinderung - Anämie - Malnutrition (niedriges 5-Albumin) - Alkoholismus - Depression - Angst - Benzodiazepingebrauch - Schmerz - leichte kognitive Störung - Einsamkeit <p><i>niedrige Vulnerabilität</i></p>	<p><i>schwache Noxe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - fremde Umgebung - körperliche Beschränkung – FEM - Immobilisation - Schlafdeprivation - psychoaktive Medikamente - Entzugssyndrom (Alkohol, Sedativa) - respiratorische Insuffizienz (Hypoxie) - Exsikkose - Elektrolytentgleisung - akute Infektion - Hypo-, Hyperglykämie - Organversagen (Leber, Niere) - Intensivbehandlung - Anticholinergika - chirurgischer Eingriff <p><i>potente Noxe</i></p>

Quelle: nach froyve SK: Delirium in older persons. NEJM 2006; 354: 1157-65



Primar Dr. Christian Jagsch arbeitet in der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, LKH Graz II, Standort Süd, und in der Univ.-Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, MedUni Graz.

© feel image – Fotografie, Wien

Eine psychopharmakologische Behandlung ist erforderlich bei einem hyperaktiven Delir mit Angst und Agitation, welches zu einer selbst- und/oder fremdgefährdeten Situation geführt hat.

Auf Nebenwirkungen bei einer antipsychotischen Therapie sind zu achten, wie extrapyramidal motorische Symptome, QTc-Verlängerungen, Störung des Glucosemetabolismus und Sturzgefahr. Die Diagnostik und Behandlung des Delirs sind von immenser Bedeutung, unbehandelt kommt es zu erhöhter Morbidität und Mortalität, sowie zu vermehrten Einweisungen in Pflegeheime. “



Die Vollversion lesen
Sie im *med.ium digital*:
medium.aeksbg.at

Kommentar zum Artikel von Primar Dr. Christian Jagsch

Das Delir ist eine akute neuropsychiatrische Störung, die sich durch plötzliche und fluktuierende Zustände von Verwirrtheit mit Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen auszeichnet. Etwa 25 Prozent der geriatrischen Patient:innen auf Allgemeinstationen und bis zu 80 Prozent auf Intensivstationen entwickeln ein Delir. Die Störung manifestiert sich schnell und zeigt im Tagesverlauf unterschiedliche Intensitätsgrade. Betroffene erleben akute Verwirrtheit, Apathie, Unruhe und in manchen Fällen auch aggressive Verhaltensweisen.

Die genaue Pathophysiologie ist komplex und nicht vollständig verstanden, aber sie involviert eine Dysregulation der Neurotransmitter, insbesondere von Acetylcholin und Dopamin, sowie entzündliche Prozesse, die durch Infektionen, Operationen oder andere Stressfaktoren ausgelöst werden können. Frühzeitige Diagnose und adäquate Behandlung können die Symptome rasch abklingen lassen, während unbehandelte Fälle zu langfristigen kognitiven Schäden führen können.

Aufgrund der hohen Prävalenz und potenziell reversiblen Natur des Delirs wird empfohlen, alle Patient:innen über 65 Jahre regelmäßig zu screenen. Wichtige diagnostische Werkzeuge dabei sind klinische Tools wie die Confusion Assessment Method (CAM) und die Delirium Rating Scale (DRS), die helfen, die Präsenz und das Ausmaß der Desorientierung, Verwirrtheit und anderen kognitiven Störungen zu beurteilen ...



Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wirnsberger,
Medizinische Universität
Graz

Den gesamten Kommentar, eine Tabelle zu den Substanzklassen sowie das Literaturverzeichnis finden Sie im „*med.ium digital*“.