

Was gibt es Neues zum Delir?

Vom Umgang mit dem
Unbekannten



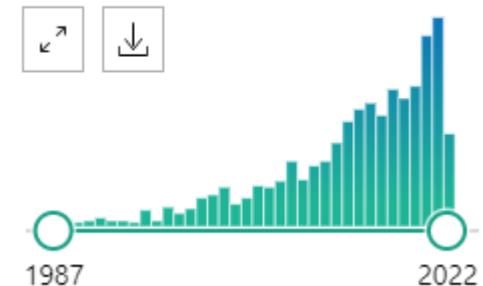
*Dr.med. Birgit Traichel
Leitende Ärztin Palliative Care
Kantonsspital Münsterlingen*

Was es Neues: Pubmed-Recherche

The screenshot shows the PubMed.gov search interface. At the top, the NIH logo and 'National Library of Medicine' are visible. The search bar contains 'delirium palliative care'. Below the search bar, there are options for 'Advanced', 'Create alert', and 'Create RSS'. The search results are sorted by 'Best match' and show '1,065 results'. The page is on 'Page 1 of 107'.

- Palliative Care + Delirium: 1.065 Publikationen, davon 417 seit 2017
- Randomisierte, kontrollierte Studien (in 5 Y): 9
- Meta-Analysen: 4

RESULTS BY YEAR



Delir – Definition gemäss ICD-11

Komplexes neuropsychiatrisches Syndrom mit zumeist mehreren Ursachen. Typisch sind

- Akuter Beginn, fluktuierender Verlauf
- Störungen der Kognition (u.a. Kurzzeitgedächtnis) und Wahrnehmung (Halluzinationen, Wahnideen)
- Störung der Aufmerksamkeit, der Orientierung und des Bewusstseins
- Störungen des Verhaltens (Psychomotorik) und der Emotionen (Reizbarkeit, Euphorie, Angst, Ratlosigkeit)
- Störung des Schlaf-Wach-Zyklus

ICD-11, 1.1.2022, gekürzt

Bedeutung für die Betroffenen

- traumatische Erfahrung (Patient, Familie, ggf. auch Behandlungsteam)
- Patient gefährdet evt. sich oder seine Umgebung
- Schwierigkeiten, anderweitige krankheitsbedingte Symptome zu evaluieren / zu behandeln
- Evt. notfallmässige Einweisung ins Spital / in eine psychiatrische Klinik
- häufig im Nachhinein stark schambesetzte Situation
- Schwierigerer Trauerprozess für Hinterbliebene

Diagnose & Assessment

- Verdacht meist durch Pflegeperson: Ablenkbarkeit, Nesteln, Ratlosigkeit, Unruhe -> Teamprozess
- Fremdanamnese mit Angehörigen
- Tests:
 - **CAM** (Confusion Assessment Method)
 - **DOS** (Delirium Observation Scale), Sensitivität tief beim hypoaktiven Delir u. bei Demenz, eher zur Verlaufskontrolle
 - Viele viele weitere: DDS, SQiD, NDSC, CAM-ICU, NEECHAM, CTD, ICDSC, etc.

CAM (Confusion Assessment Method)

Inouye, Ann Intern Med 1990

1. Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf

- Fremdanamnese: Hinweise für eine akute Veränderung des geistigen Zustandes gegenüber seinem Normalverhalten? Tagesschwankungen innerhalb der qualitativen oder quantitativen Bewusstseinsstörung?

1*

2. Störung der Aufmerksamkeit

- Hat der Patient Mühe, sich zu konzentrieren? Ist er leicht ablenkbar?

1*

3. Denkstörungen

- Hat der Patient Denkstörungen im Sinne von inkohärentem, paralogischem sprunghaftem Denken?

1

4. Quantitative Bewusstseinsstörung

- Jeder Zustand ausser "wach" wie hyperalert, schläfrig, stuporös oder komatös

1

Die mit * bezeichneten Punkte für Diagnose obligatorisch

3 und mehr Punkte: wahrscheinliches Delirium

- **Sensitivität 94 – 100 %, Spezifität 90 – 95 %**

Oder – noch einfacher:
SQiD
(Single Question in Delirium)

Eine Frage an Angehörige:

- «haben Sie den Eindruck, dassin letzter Zeit vermehrt verwirrt war?»»

Sensitivität 80%, Spezifität 71%

(bei Tumorpatienten in palliativer Situation)

Sands et al, 2010, Palliat Med

Formen des Delirs

Gemischte Formen (43 – 54%)



Psychomotorische Veränderungen

Hyperaktive Form (2-21%)

- Psychomotorische Unruhe
- Agitation
- Halluzinationen
- Angst
- Starke vegetative Symptome

Hypoaktive Form (29-43%)

- Apathie, Adynamie
- Reduzierter Kontakt
- Desorientiertheit, evt. Hallus auf Nachfrage
- weniger vegetative Symptome

«Intrinsische» Risikofaktoren - Vulnerabilität

- Alter
- Vorbestehende kognitive Störungen / Demenz
- Schwere der Grundkrankheit, Polymorbidität
- Alkohol-Missbrauch, Medikamenten-Missbrauch, Polypharmazie
- Vorbestehende Seh- oder Höreinschränkungen

«Extrinsische» Auslöser des Delirs (Auswahl)

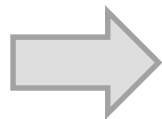
- **Metabolisch:** Infektion, Dehydratation, Hypoxie, Blutzucker, Elektrolytstörungen (Ca, Na), Vit B1 etc.
- **Medikamente:** und deren Entzug
- **Physisch:** Harnverhalt, Verstopfung, operative Eingriffe, Hirnerkrankungen
- **Psychosozial:** Umgebungswechsel, Schmerz, Angst, Depression, Schlafmangel, Überforderung, Reizüberflutung oder -deprivation

Auslösende Medikamente

- **Opiate (und deren Entzug):** v.a. bei relativer Überdosierung oder veränderter Kinetik (Niereninsuffizienz)
- **Anticholinergika:** z.B. Antidepressiva, Buscopan, Urologika etc.
- **Benzodiazepine (und deren Entzug)**
 - Steroide
 - Antiepileptika
 - Zytostatika
 - Nikotinentzug!
 - Antibiotika
 - Parkinsonmedikamente
 - Manchmal auch Neuroleptika!

Neues zur Delirprävention

- Medikamentös: keine wirksamen Strategien
- Nicht-pharmakologische Interventionen:
 - Reorientierung, Tagesstruktur, Mobilisation, Uhr,
 - Info an und Einbezug von Angehörigen
 - Vermeidung von sensorischer Deprivation (Hörgeräte, Brille)
 - Mobilisation, Physiotherapie, Kognitionstraining
 - Persönliche Dinge / Bilder im Spital
 - Kritische Durchsicht aller Medikamente



**geschätzt können ca. 1/3 aller Delirien
verhindert werden**

Meta-Analysis by Yun et al, PLOS-One, May 2022

Therapeutisches Vorgehen

1. Potentiell reversible Ursachen angehen
2. Allgemeine nicht pharmakologische Massnahmen (wichtig, VOR Medis!)
3. Mitbetreuung/-beratung der Angehörigen
4. Medikamente

1. Suche nach & Behandlung von potentiell reversiblen Ursachen

- **Klinik:** Dehydratation, Harnverhalt, Infektionen, Obstipation
- **Labor:** Elektrolyte, Blutzucker, Entzündungszeichen, Urin
- **Medikamente** kritisch durchgehen - reduzieren!
- **Opiate:** evt. Opiatreduktion / -rotation
- Evt. **Rx. Thorax**
- evt. **Zerebrale Bildgebung** (nur wenn entsprechende Klinik & therapeutische Konsequenzen)

2. Allgemeine Massnahmen

- Ruhe bewahren - klare, wertschätzende Kommunikation
- Reizüberflutung und -deprivation vermeiden
- Tagesstruktur, Schlaf verbessern
- So wenig Schläuche u. Fremdkörper wie möglich!
- Orientierungshilfen (Uhr, Bilder, Kalender)
- Tragen von Hörgeräten / Brille / Gebiss
- Sicherheit (Klingelmatten etc.) – möglichst Verzicht auf bewegungseinschränkende Massnahmen, evt. Sitzwachen
- Angehörige mit einbeziehen

3. Medikamentöse Massnahmen

- Whs. kein entscheidender Einfluss auf Verlauf und Dauer des Delirs
- Einsatz vor allem, wenn Pat. (und Umgebung) durch starke Agitation und Unruhe beim hyperaktiven Delir belastet sind
- Häufig eingesetzte Medikamentenklassen:
 - Haloperidol
 - Atypische Neuroleptika
 - Benzodiazepine (Sedation)

Haloperidol (Haldol)

- Lange Zeit medikamentöse Therapie der 1. Wahl
- oral, subkutan, selten i.v. (off-label)
- Dosierungsempfehlungen: möglichst niedrig beginnen:
 - Initialdosis: 0.5 – 1 mg / 8 Stunden
 - Reservedosis: 0.5 – 1 mg / 1 Stunde
 - Bei Tagesdosis unter ca. 4 mg nicht mehr EPS als unter Atypika (Cochrane Syst Rev 2007)
- Datenlage widersprüchlich – je neuer, desto schlechter ☹️

Atypische Neuroleptika

Medikament	Tagesdosis	Halbwertszeit (h)
Olanzapine (Zyprexa)	2.5 - 5 mg	30
Quetiapine (Seroquel)	5 - 100 mg	3-6
Risperidone (Risperdal)	0.5 - 2 mg	3-20
Levomepromazin (Nozinan)	12,5 - 50 mg	16-78
Clozapine (Leponex)	25 - 100 mg	8

beim Delir
äquivalent zu
Haldol bzgl.
Wirksamkeit u.
Sicherheit

*Hyung et al,
BMC 2013*

doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7491.

Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial

Meera R Agar¹, Peter G Lawlor², Stephen Quinn³, Brian Draper⁴, Gideon A Caplan⁵, Debra Rowett⁶, Christine Sanderson⁷, Janet Hardy⁸, Brian Le⁹, Simon Eckermann¹⁰, Nicola McCaffrey¹¹, Linda Devilee¹², Belinda Fazekas¹², Mark Hill¹³, David C Currow¹²

- 247 palliative Pat. mit Delir erhielten Haldol, Risperdal oder Placebo
- Pat. unter Neuroleptika hatten stärkere Delirsymptomatik, mehr EPS und kürzeres Survival als Pt. unter Placebo
- Kritik: u.a. Einschlusskriterien mit milder Symptomatik
- Empfehlungen:
 - Medikamente nur bei ausgeprägt hyperaktive Formen /psychot. Symptome / hoher Leidensdruck
 - Eher kleine Dosen, häufiger od. kontinuierliche Gabe als hohe Einzeldosen
 - Rasche Reduktion / Absetzen bei Nachlassen de psychotischen Symptome

Gibt's auch mal good news?

Epub 2022 Apr 6.

Dexmedetomidine: a magic bullet on its way into palliative care—a narrative review and practice recommendations

Jan Gaertner ¹, Tanja Fusi-Schmidhauser ²

- Dexmedetomidin (Dexdor): zentrales Sympathikolytikum, bisher v.a. in der Intensivmedizin eingesetzt zur Sedation und Analgesie
- Guter Effekt auf delirante Symptomatik bei günstigem NW-Profil
- keine relevante Atemdepression
- Erste vielversprechende Resultate und Erfahrungen im Bereich der Palliativmedizin
- Vorsicht bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Noch viele Fragen offen...