



Delir (ium) in Palliative Care



W. Hlubek

- Leitender Arzt SPD Goldau
- K & L Psychiater Spital Schwyz

7.9.2017/WH 2



Historisches

- **Hippokrates von Kos (ca. 460-377 v. Chr.):**
„Bei akutem Fieber, Lungenentzündung, Meningitis und akuten Kopfschmerzen beobachte ich, dass die Patienten mit den Händen in der Luft umherfucheln, auf der Bettdecke Flusen zupfen und Spreu von der Wand pflücken. Alle diese Zeichen sind ungünstig, im Grunde tödlich.“
- De - Lira = aus der Acker-Furche
= neben der Spur

7.9.2017/WH 3



Heute nicht:

- Post-Op Delire
- Nur kurz:
 - Alkohol- / Benzodiazepin Entzug

7.9.2017/WH 4



Heute schon:

- Gut Bekanntes
 - Epidemiologie
 - Differentialdiagnose
 - Nicht medikamentöse Massnahmen
- Nicht so genau Bekanntes
 - Pathophysiologie
 - Medikamentöse Massnahmen

7.9.2017/WH 5



Obsoleete Synonyme

- Durchgangssyndrom
- Akute exogene Reaktion
- Akuter organischer Reaktionstyp
- Akutes psychoorganisches Syndrom
- HOPS

7.9.2017/WH 6

Was ist ein Delir?

- **NOTFALL!** Letalität >20%
- Häufig + häufig nicht erkannt (30-70%?)
 - Häufigste psychiatrische Störung im Alter
- Hirnleistungsstörung, Organ-Insuffizienz
- Akute (meist) organische Psychose
- Stress für Alle

7.9.2017/WH 7

Was ist ein Delir?

- Unspezifische hirnorganische Reaktion auf unterschiedliche Noxen
- „Organversagen des Gehirns“
- Potentiell reversibel
- Neuro-Transmitterstörung (Dopamin+ / Ach-)

7.9.2017/WH 8

Pathophysiologie

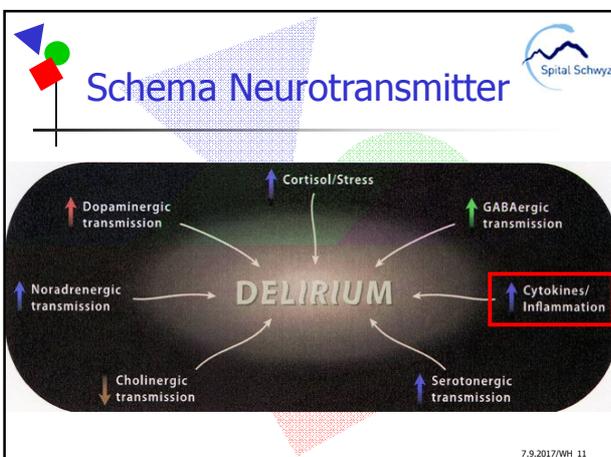
- Durch oxydativen Stress (z.B. Entzündung) verursachte Dysregulation der neuronalen Funktion in Hirnregionen, die besonders anfällig für solche Störungen sind
- -> Störung spezifischer Neurotransmittersysteme

7.9.2017/WH 9

Neurotransmitter

- **Überschuss an Dopamin** führt zu Agitation und Wahnvorstellungen
 - Haloperidol anti-dopaminerg
- **Mangel an Acetylcholin** führt zu Desorientiertheit, Halluzinationen und gestörter Gedächtnisleistung
- C2, Benzo: GABA-Tx
- Noch ungenaue Kenntnis

7.9.2017/WH 10



Definition ICD-10: F05. ...

- (nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen)
- Gesamtdauer < 6 Monate
- Akut auftretende Störung von:
 - **Bewusstsein**
 - **Aufmerksamkeit**
 - **Wahrnehmung**
 - **Denken**
 - **Gedächtnis**
 - **Psychomotorik**
 - **Emotionalität**
 - **Schlaf-/ Wach-Rhythmus**
 - **Vegetativum**

7.9.2017/WH 12

Zahlen

- Bei ca. 15% der hospitalisierten Pat.
3,3% bei jungen Patienten
- 22% internistische Stationen
- >40% geriatriische Abteilung
- Bis 50% postop. (Hüfte, Thorax)
- Palliative Care 80%**
- Mortalitätsrate +25-33%
- Häufigste Komplikation >65 J.
- Erhöhung von Liegezeit u. Kosten

7.9.2017/WH 13

Zahlen II

- Delir bei Hosp. --> 70% Sterberisiko innerh. 6 Monaten
- Delir in med. Allgemeinabteilung, älterer Pat., --> Sterbewahrscheinlichkeit innerh. 1 J. 1,5x
- Delir (ält. Pat.) bei Spitalentlassung --> 5x Mortalität in 6 Monaten
- 30-40% Heimunterbringung

7.9.2017/WH 14

Erscheinungsformen

- Hyperaktiv ~20%**
 - Psychomotorische Unruhe, Erregung (S-/F-Gefährdung!)
 - Irritabilität, Angst, Weglauftendenz
 - Halluzinationen, deutl. vegetative Zeichen
Delirium tremens
- Hypoaktiv ~30%**
 - Bewegungs- und Kontaktarmut
 - Halluzinationen nur durch Befragung erkennbar
 - Wenige vegetative Zeichen
DD: Medikamentenintoxikation, Epilepsie
- Gemischt >40%**
 - DD: Demenz*

7.9.2017/WH 15

Symptome I

- Akute Verwirrtheit:**
 - Fluktuierender** Verlauf, oft nachts schlechter
- Verhaltensauffälligkeiten:**
 - Aggression, Agitation, Impulsivität, Lethargie
- Psychiatrische Symptome:**
 - Angst**, Wahn, Sinnestäuschungen, Halluzination, Euphorie, Verlangsamung, Depression

7.9.2017/WH 16

Symptome II

- Kognitive Symptome:**
 - Desorientiertheit***, Gedächtnis-, Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Sprachstörungen
- Vegetativum:**
 - Schwitzen, Tachykardie, Hypertonie, trockene Schleimhäute, Fieber, Harn-, Stuhlverhalten
- Schlafstörungen:**
 - Insomnie, Durchschlafstörung, nächtl. Unruhe
- Neurologie:**
 - Bewusstseinsstörungen

7.9.2017/WH 17

Vorschädigung + akute Noxe → Delir

<ul style="list-style-type: none"> Hohes Lebensalter Demenz Somat. Erkrankung (AZ) Hör-/Sehbehinderung Anämie Malnutrition Hypalbuminämie Alkoholismus Benzodiazepingebrauch Passivität Depression Ängstlichkeit Schmerzen MCI Einsamkeit Niedrige Intelligenz 	<ul style="list-style-type: none"> Fremde Umgebung Körperliche Einschränkungen Immobilisation Schlafentzug Entzugssyndrom Atemprobleme Elektrolytentgleisung Akute Infektion Hypotonie Hypo-/Hyperglykämie Organinsuffizienzen Blutverlust Operation, Intensivstation Dehydratation Medikamente Katheter
--	--

7.9.2017/WH 18

DD Demenz, Depression, u.a.

Spital Schwyz

Tabelle 3. Differentialdiagnose des Delirs.

	Delir	Demenz	Psychose	Enzephalitis	Intoxikation
Beginn	plötzlich	langsam	rasch	subakut	rasch
Verlauf / 24h	fluktuierend	gleichmässig	gleichbleibend	zunehmend	abklingend
Bewusstsein	eingeschränkt	normal	normal	oft gestört	eingeschränkt
Aufmerksamkeit	eingeschränkt	meist normal	wechselnd	eingeschränkt	eingeschränkt
Psychomotorik	verändert	meist normal	wechselnd	meist reduziert	meist verlangsamt, ev. agitiert
Sprache	oft inkohärent	oft Wortfindungsstörungen	normal oder z.B. Neologismen	manchmal aphasisch	verwaschen
Neurologie	oft Tremor, Koordinationsstörungen	oft unauffällig	unauffällig	meist auffällig: fokale Störung, epileptische Anfälle o.a.	oft Gangunsicherheit, Ataxie
Fieber	meist nein	nein	meist nein	meist ja	meist nein
Halluzinationen	visuell	selten	akustisch	selten	substanzabhängig
Illusionen	oft suggestibel	selten	oft	selten	substanzabhängig

7.9.2017/WH 19

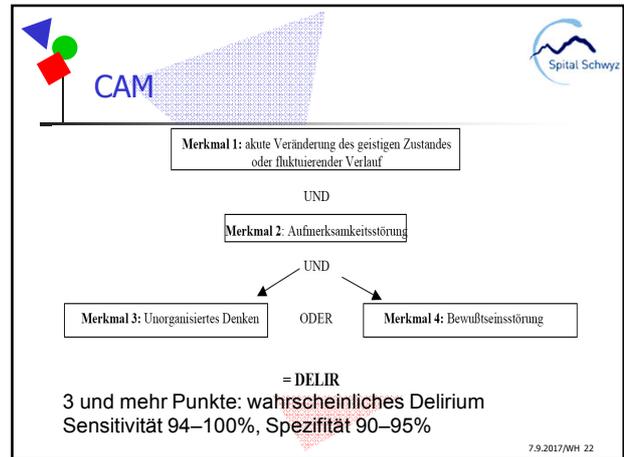
- ## Risiko-Medikamente Problem oder Lösung?
- Spital Schwyz
- **Anticholinerge Substanzen:** Tz AD, Atropin, Antiemetika, **Antiparkinson-Medikamente**, Asthma-Med., Neuroleptika
 - **Tranquilizer/Hypnotika:** Benzodiazepine, Barbit., **Zolpidem**
 - **Analgetika:** **Opiate(!)**, ASS, NSAR
 - **Herz-Kreislauf-Substanzen:** Digoxin, Diuretika, Beta-Blocker, Nifedipin, ACE-Hemmer
 - **Dopamin-Agonisten:** **Levodopa**, Bromocriptin
 - **Antikonvulsiva:** Carbamazepin, Phenytoin, Valproat
 - **Antibiotika/Chemotherapeutika:** Penicilline, Cephalosporine, Erythromycin, Cyclosporin, Malaria-Medik.
 - **Andere:** Antidiabetika, H2-Blocker, **Kortikoide**, Lithium
- 7.9.2017/WH 20

Confusion Assessment Method (CAM)

Spital Schwyz

Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf Fremdanamnestic abklären: gibt es Hinweise für eine akute Veränderung des geistigen Zustandes des Patienten gegenüber seinem Normalverhalten? Gibt es Tagesschwankungen innerhalb der qualitativen oder quantitativen Bewusstseinsstörung	= 1*
Störung der Aufmerksamkeit Hat der Patient Mühe, sich zu konzentrieren? Ist er leicht ablenkbar?	= 1*
Denkstörungen Hat der Patient Denkstörungen im Sinne von inkohärentem, paralogischem sprunghaftem Denken?	= 1
Quantitative Bewusstseinsstörung Jeder Zustand ausser "wach" wie hyperalert, schläfrig, stuporös oder komatös	= 1

Die mit einem * bezeichneten Punkte sind für die Diagnose obligatorisch
 Beurteilung: 3 und mehr Punkte: wahrscheinliches Delirium
 Sensitivität 94 – 100 %, Spezifität 90 – 95 %



- ## Vorbeugen / Behandeln ohne Medikamente I
- Spital Schwyz
- **Reduzieren Häufigkeit um 30-40%**
 - Orientierung erhalten/fördern, Seh-/Hörhilfen
 - Angemessene Stimulation, Beschäftigung, Spiele
 - Schlaf regulieren, Rhythmus vorgeben
 - Mobilisation (z.B. Botengänge mit Pat.)
 - Beleuchtung
 - Flüssigkeit/Ernährung
 - Schmerzbehandlung
- 7.9.2017/WH 23

- ## Vorbeugen / Behandeln ohne Medikamente II
- Spital Schwyz
- Katheter meiden / entfernen
 - Sicherheit, Geborgenheit vermitteln (Wickel)
 - Ruhige, übersichtliche Umgebung
 - Personal, Gegenstände
 - Fähigkeiten erhalten / herstellen
 - Haltung: Respektvoll, unterstützend, verständnisvoll
- 7.9.2017/WH 24

Vorbeugen / Behandeln ohne Medikamente

III

- Einfache, sanfte, unmissverständliche, evtl. körperliche Signale (Schulter, Hand)
- Einbezug + Information(!) von Angehörigen
- Keine Entscheidungen verlangen
- Kein Machtkampf, eher ausweichend
- Informationen wiederholen

7.9.2017/WH 25

Vorbeugen / Behandeln ohne Medikamente

IV

- Wenig Personal- / Ortswechsel
- Zeit nehmen (Arbeiten delegieren)
- Sicherungsmassnahmen: Sitzwache, Matratze auf Boden, (Fixierung)
- Körpersprache (nicht bedrohlich) falls aggressiv → Distanz
- Selbstschutz emotional & physisch
- Aggression nicht persönlich nehmen

7.9.2017/WH 26

Abklärungen/Diagnostik

Untersuchung:	Befund:
Anamnese	Demenz, Suchterkrankungen
Temperatur	Akute Infektion, Sepsis
Blutbild	Anämie, Exsikkose, Entzündung
Elektrolyte, Osmolarität	Exsikkose, hypersmolares Koma, Elektrolytenstörung, Hypoparathyreoidismus
Blutglukose	Hypo-/Hyperglykämie
Leberwerte	Leberversagen
Retentionswerte	Nierenversagen
Blutgasanalyse	respiratorische Insuffizienz
bTSH, T3, T4	Hypo-/Hyperthyreose
C-reaktives Protein	Akute Infektion, Sepsis
Vitamin B12	Hypovitaminose
Urinstatus/Sediment	Harnwegsinfekt, Substanzmissbrauch
EKG	Kardiale Genese
Röntgen-Thorax	Kardiale/Pulmonale Genese
EEG	Epilepsie
cCT, cMRT	zerebrale Genese

7.9.2017/WH 27

Therapie I

- **An Delir denken !**
- **Ursache(n) suchen !**
- **Ursache(n) behandeln !**

7.9.2017/WH 28

Therapie II

- Medikation reduzieren
- Aggressiver Notfall: Dormicum intranasal
- Sedation nur wenn unbedingt notwendig:
 - Seroquel, Dipiperon, Haldol, Risperdal, Zyprexa, Temesta, Distraneurin
- ! evtl. delirogen !
- Start low, go slow
- Medi-Mix vermeiden!

7.9.2017/WH 29

Psychotisch-hyperakt. Delir

- **Haldol initial 0,5-2mg (5-20 Trpf.)**
 - 1. Wahl?
- Schwereres Delir 2-5mg (max. 20mg/24 h)
i.v. ! cave QT-Verlängerung (Max. Plasmaspiegel bei oraler Gabe nach 3-6 Stunden und nach i.m. Applikation nach ca. 20 Minuten)
- Keine Besserung: nach 30-60 Min. doppelte Dosis
- Keine Besserung: nach 60 Min. doppelte Dosis + 0,5-2mg Temesta
- Besserung: Erhaltungsdosis auf 3x/24h verteilen, Start am Nachmittag
- Anhaltende Besserung: alle 2 Tage -50%

7.9.2017/WH 30



Therapie IV (Haldol)

- Haldol KI:
 - Koma, M. Parkinson, Epilepsie, Lewy-Body-Demenz
- !! Extra Pyramidal Syndrom (>4,5mg/d)
- Stark antipsychotisch, wenig sedierend
- Subj. unangenehm („chemische Zwangsjacke“)
- Keine signifikante Besserung: weitere DD!
- Markante Verschlechterung auf Neuroleptika: DD: Lewy-Body-Demenz!

7.9.2017/WH 31



Bekannte Delirneigung

- **Quetiapin 25mg** (Seroquel, Sequase)
 - 12,5-25mg am Nachmittag
 - + 12,5-25mg am Abend
 - + evtl. 25-50(-100mg) zum Schlafen
 - Max. 300mg/d
 - Nicht: XR / retard / Depot
 - Keine KI bei M. Parkinson u. Lewy-Body-Demenz
- ! Nur Tabletten (Kooperation)

7.9.2017/WH 32



Weitere Substanzen

- Olanzapin (Zyprexa)
- Levomepromazin (Nozinan)
- Clomethiazol (Distraneurin)
- Clonidin (Catapresan)
- Dexmedetomidin (Dexdor)

7.9.2017/WH 33



Alkohol- / Benzo- Entzug

- Entzug/drohendes Delir:
 - **Temesta** exp. „eintitrieren“ + Vit. B(!)
z.B. 0,5-1mg initial alle 1 Std. bis erste Wirkung erkennbar, dann Erhaltungsdosis alle 4-6 Std.
 - Nach Stabilisierung stufenweiser Abbau alle 1-2 Tage
 - Anti-epileptisch; antagonisierbar
- Distraneurin (Clomethiazol)
stärkere Suchtgefahr, nicht antagonisierbar, Bronchialverschleimung

7.9.2017/WH 34



January 2017

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

Meera R. Agar, PhD^{1,2,3,4}; Peter G. Lawlor, MD^{5,6,7}; Stephen Quinn, PhD⁸, et al

> Author Affiliations
JAMA Intern Med. 2017;137(1):34-42. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7491

	Haloperidol
	Risperidon
	Placebo

- „Neuroleptika sind zur symptomatischen Therapie bei leichtem bis mittelschwerem Delirium in Palliativsituationen **nicht geeignet.**“

■ infomed-screen 3/4 2017

7.9.2017/WH 35



Delir in Kürze

- Häufig und häufig verkannt
- Komplikationsreich u. gefährlich
- Ursachen suchen
- Prävention ist möglich und wirksam
- Medikamente wirken nur symptomatisch
- Atypische Neuroleptika vor Haloperidol

7.9.2017/WH 36