

Delirium hos eldre

Psykiatriveka 2008

Jorunn O. Alvik Torgauten'
Seksjonsoverlege
Alderspsykiatrisk avdeling
Divisjon psykisk helsevern.
HUS

Hva feiler Anna

Anna er 90 år, enke. Bor i egen bolig. Opplever selv svekket hukommelse og depressive symptomer det siste året. Behandlet for hjertesvikt og Kols. Hjemmehjelp og hjemmesykepleie x2. Vekttap. Innlagt til behandling ved alderspsykiatrisk avdeling for depresjon. Behandlet med antidepressiva og nevroleptika. Var begynt å komme seg da hun i løpet av et døgn ble økende desorientert, lå stille i sengen og ga vekslende grad av kontakt. Avviste ernæring. Plukket på dynen og prøvde å fange noe i rommet med hendene. Subfebril. For øvrig ingen klager over somatiske symptomer.

Hva feiler Anna?

Hva feiler Erik?

Eirik er 82 år. Bor sammen med ektefelle i eget hus. God hukommelse og funksjonsevne, hjelper sin ektefelle som har revmatisk lidelse. Handler og steller huset. Har mye kontakt med sine 3 barn og sine barnebarn. Godt sosialt nettverk.

Innlagt som ø hj. på akuttmottaket etter å ha falt i en stentrapp opp mot huset. Påvist fractura colli femoris, venstre side. Raskt operert.

Postoperativt urolig, ga vekslende kontakt, vekslende orientert, ropte og skrek. Rev ned forhenget rundt sengen. Ville ut av rommet, måtte holdes i ro. Psykiater ble tilkalt. Det ble bedt om overflytting til psykiatrisk avdeling «pasienten var blitt psykotisk.»

Hva feiler Erik?

MULIGE DIFFERENSIALDIAGNOSER

- **Demens - Utvikle kognitiv svikt over tid. - mer enn 6 mnd**
 - **Stabilt forløp** • **Normal el forstyrret døgnrytme** • **Klar bevissthet** • **Sterkt redusert hukommelse**

Demens med *Lewy bodies* Demens pluss symptomer på parkinsonisme
- **Depresjon - Gradvis debut, bevidsthedsklar, orienteret, normal hukommelse, depressive symptomer**
- **Akut, polymorf psykose - Yngre alder, emotionel, ingen somatisk sykdom, normal Eeg**
- **Malignt neuroleptikasyndrom Rigiditet og feber samt i vekslende omfang: takykardi, hypertensjon eller labilt blodtryk, dysfagi,svette, inkontinens, tremor, leukocytose og tegn på rabdomyolyse (sterkt forhøyet S-kreatininkinase)**
- **Serotonergt syndrom Gastrointestinale (kvalme, opkastninger, diarré) og neurologiske symptomer (tremor, myoklonier, krampeanfald, rigiditet, hyperrefleksi) samt feber, svette, frysninger, takykardi og labilt blodtryk**
- **Epilepsi: Nonkonvulsiv status Eeg viser status (diffus, lavfrekvent aktivitet ved delirium)**

Delirium

Diagnose – DSM V kriterier

| | |
|---|--|
| A | Forstyrret oppmerksomhet (reduisert evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet) og bevissthet (reduisert orientering til miljøet omkring seg) |
| B | Forstyrrelsene utvikler seg i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), representerer en endring fra vanlig oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i grad av alvorlighet gjennom døgnet. |
| C | Forstyrret kognisjon (f.eks. hukommelse, orientering, språk) eller persepsjonsforstyrrelser |
| D | Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart av en allerede kjent nevrokognitiv lidelse eller oppvåkingsfasen fra et koma |
| E | Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratoriesvar for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning av kjemiske substanser (rusmidler eller legemidler), abstinens, annen toksisk påvirkning eller har multiple årsaker. |

Delirium diagnose

Undergrupper

Hyperaktiv – 22% i sykehusavdeling

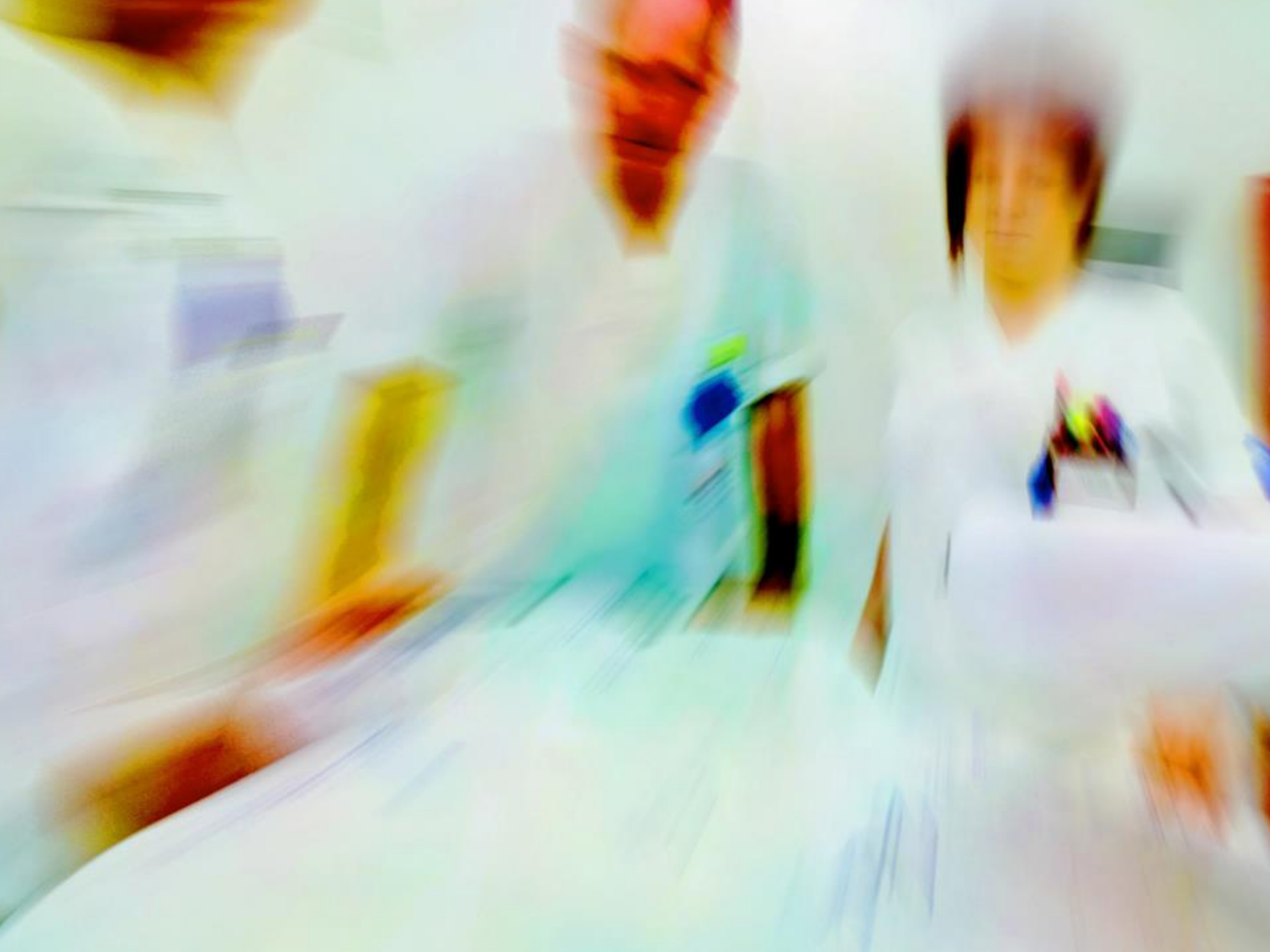
- agitasjon, hyper reaktivitet, aggressivitet, hallusinasjoner, vrangforestillinger

Hypoaktiv - «stille delir» - 26% i sykehusavdelinger

- nedsatt reaksjonsevne, retardasjon av tale og motoriske funksjoner, mimikk fattig. Spesielt dårlig prognose

Blandet (46%) Tilstanden kan fluktuere mellom hyperaktiv og hypoaktiv

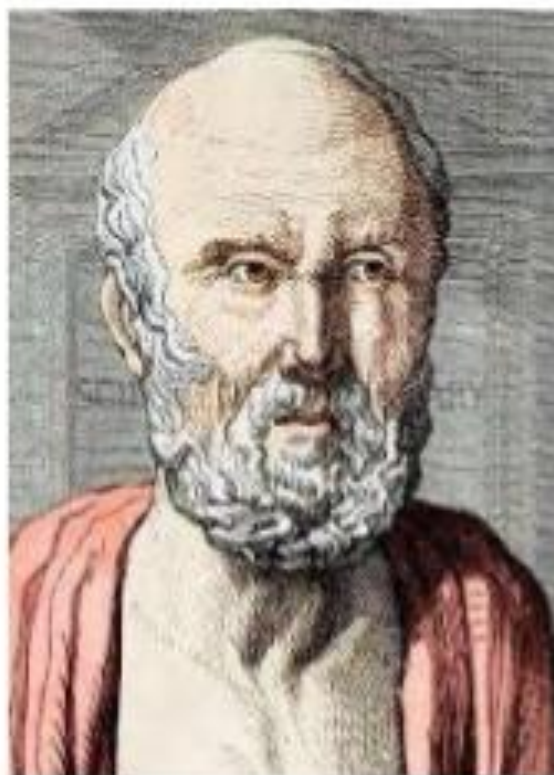
Ikke psykomotorisk påvirket (10%)



Delirium



The history



Hippocrates referred to delirium as “phrenitis” from which we derive the word frenzy.

“As the motion of the arms I observe the following facts: in acute fevers, pneumonia, phrenitis and headache, if they move before the face, hunt in empty air, pluck nap from the bedclothes, pick up bits and snatch chaff from the walls - all these signs are bad, in fact deadly.

Hippocrates (Prognostic, XXII)

Confusion Assessment Method (CAM)¹. Algoritmeversjon.

For å stille diagnosen delirium med CAM algoritmen kreves det at trinn 1 og 2 og enten 3 eller 4 er oppfylt.

Trinn 1: Akutt debut og fluktuerende forløp

Opplysninger fås som regel fra pårørende eller pleiepersonell som bekreftende svar på følgende spørsmål:

Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon i forhold til hvordan han er til vanlig?

Er det endring i pasientens funksjon og atferd gjennom døgnet, dvs kommer og går problemene og varierer de i intensitet?

Trinn 2: Uoppmerksomhet

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

Har pasienten problemer med å fokusere oppmerksomhet, er han for eksempel lett å distrahere eller har problemer med å holde tråden i en samtale?

Trinn 3: Desorganisert tenkning

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning så som babling eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske utsagn, eller uforutsigbare skiftninger mellom forskjellige tema?

Trinn 4: Endret bevissthetsnivå

Hvis annet svar enn våken (normal) på følgende:

Generell vurdering av pasientens bevissthetsnivå : Våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma.

Dementia - Prevalence - Incidence - Prognosis

| | Prevalence % | Incidence % | Outcome (adjusted RR) |
|-----------------|--------------|-------------|--|
| Surgical | | | |
| Cardiac | ---- | 11-46 | Cognitive dysfunct 1.7, Funct decline. 1.9 |
| Non-cardiac | ---- | 13-50 | Funct decline. 2,1.Cognitive dysfunct.1,6 |
| Orthopedic | 17 | 12-51 | Demetia or Cognitive dysfunc. 6,4- 41,2 |
| Medical | | | |
| Gen.med | 18-35 | 11-14 | Mortality 1.5-1.6,Funct.decline 1,5 |
| Old.age med. | 25 | 20-29 | Falls 1.3,mortality 1.9, adm.to institution 2.5 |
| Intensive | 7-50 | 19-82 | Mortality 1.4-13.0,LOS 1.4-2.1, extended mechanical ventilation 8.6 |
| Stroke | ---- | 10-27 | Mortality 2.0,any of increased length of stay,functional impairment or death 2.1 |
| Dementia | 18 | 56 | Cognitive decline 1.6-3-1, admission to institution 9.3,mortality 5.9 |

Delirium forekomst

- Eldre over 65 år
- Ved innleggelse i sykehus delirium fra 14 til 24%
- Under opphold delirium fra 6% til 56%
- Postoperativt delirium ,kirurgi fra 15 til 53 %
- Intensiv avdeling fra 70 til 87%

Fong TG

Nat.Rev.Nevrolol 2009

Delirium Prognose

- Eldre pasienter :
 - Increased risk of death (HR 1,95)
 - Increased risk of institutionalization (OR 2,41)
 - Increased risk of dementia (OR 12,5)

Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF et al. Metaanalyse
JAMA 2010;

Delirium prognose

- **Oppsummert;**
- Høyere mortalitet
- Høyere morbiditet : Fall,skader
- Lengre sykehusopphold
- Høyere risiko for å senere utvikle demens
- Høyere risiko for senere å utvikle delir

Delirium patofysiologi

Direkte hjernepåvirkning:

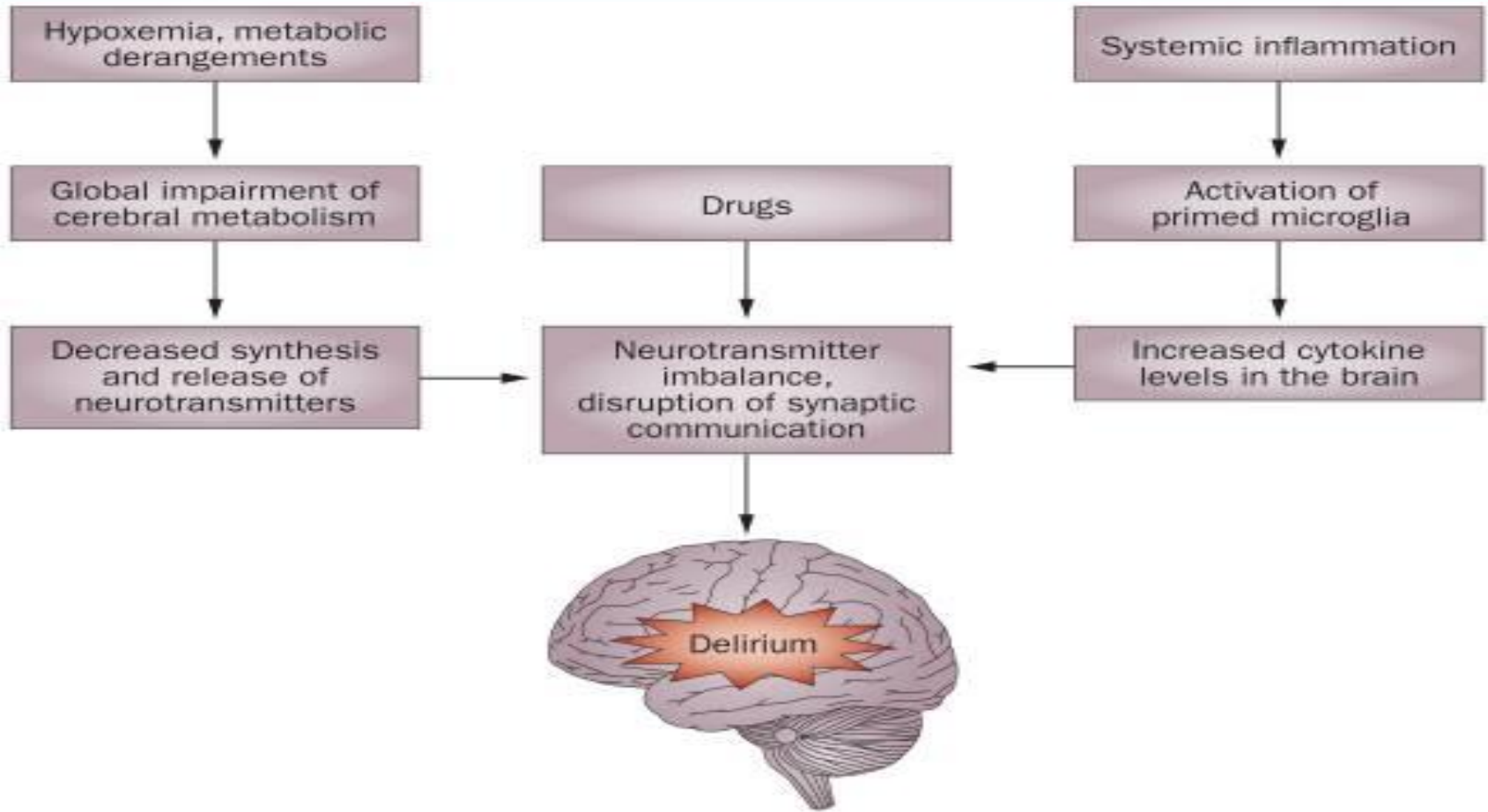
hypoxi
hypotensjon
hypoglykemi
anemi
traume
Infeksjoner i CNS
elektolyttforstyrrelser



Uhentsiktsmessige stressresponser:

cortisol
acetylkolin,
noradrenalin
adrenalin
cytokiner

Delirium patofysiologi



Risikofaktorer og utløsende faktorer

| Vanlige risikofaktorer | Vanlige utløsende faktorer |
|--------------------------------|----------------------------|
| Høy alder | Hoftebrudd |
| Kognitiv svikt / demens | Kirurgiske inngrep |
| Depresjon | Infeksjon |
| Tidligere gjennomgått delirium | Hjerneslag |
| Omfattende komorbiditet | Akutt dehydrering |
| Lav kroppsmasse | Metabolske forstyrrelser |
| | Smerter |
| | Polyfarmasi |
| | Sederende medikasjon |

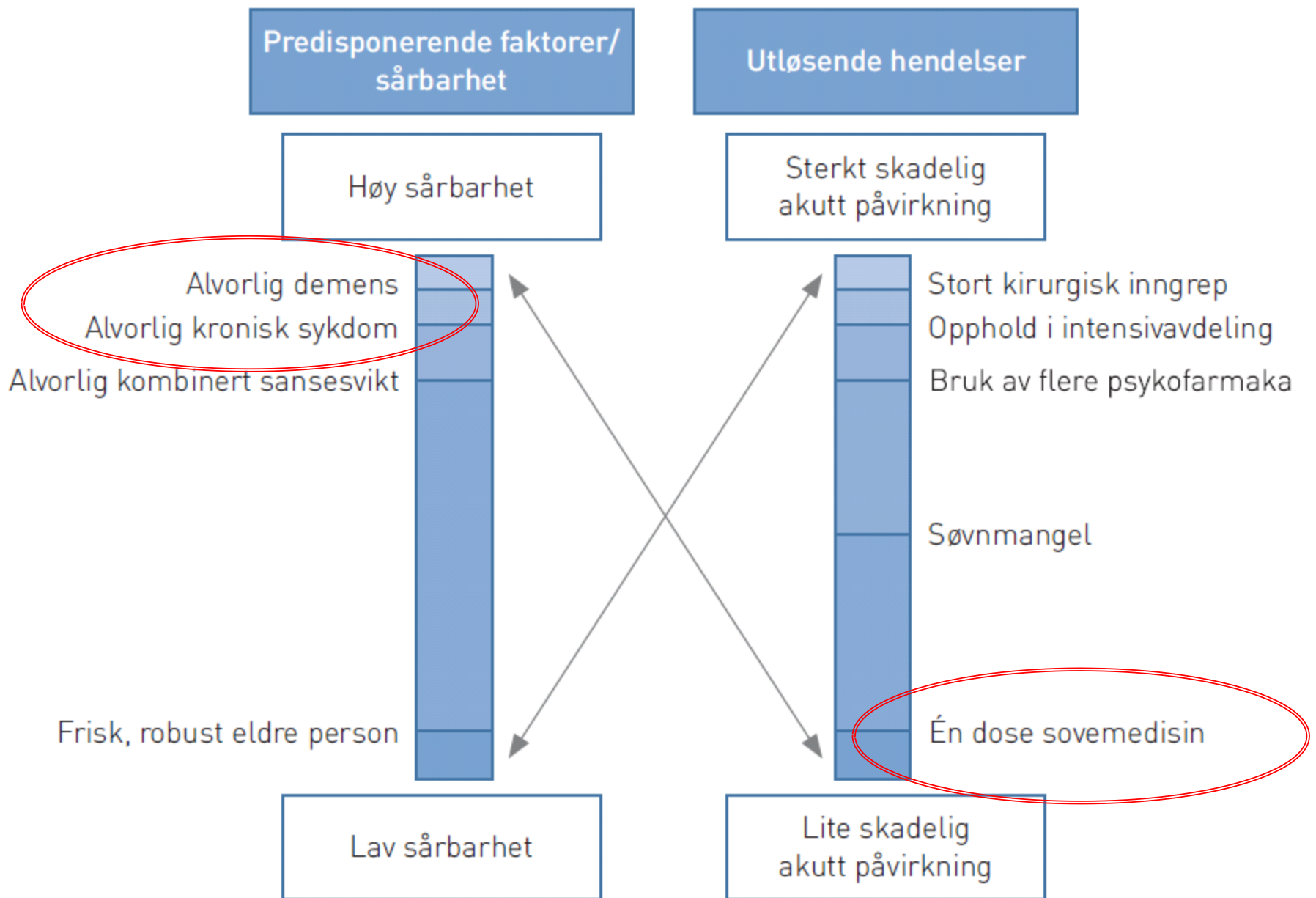
risikofaktorer - medikamenter

- Legemidler er utløsende årsak til ca. en tredel av tilfellene av delirium hos eldre
- De aller eldste, personer med degenerative hjernesykdommer eller alvorlig akutt sykdom er mest utsatt
- Antikolinerge legemidler, midler som påvirker andre transmittorsystemer, cerebral metabolisme, hyponatremi eller urinretensjon kan utløse delirium

risikofaktorer -medikamenter

Tabell 1 Legemidler og grupper av legemidler som gir risiko for delirium

| Høy risiko | Moderat risiko | Lav risiko |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Atropin | Nortriptylin | Selektive serotoninreopptakshemmere |
| Skopolamin | L-dopa | Haloperidol |
| Amitriptylin | Dopaminagonister | Olanzapin |
| Klozapin | Selegilin | Risperidon |
| Petidin | Levomepromazin | Fenytoin |
| | Klorpromazin | Tolterodin |
| | Fenobarbital | Oksazepam |
| | Diazepam | Klometiazol |
| | Indometacin | Zopiklon/zolpidem |
| | Morfin | Ibuprofen |
| | ACE-hemmere | Dekstropropoksyfen |
| | Digitoksin | Kodein |
| | Cimetidin | Betablokkere |
| | Ranitidin | Diuretika |
| | Prednisolon | Kalsiumantagonister |
| | Litium | |
| | Cytostatika | |



Delirium forebygging



Delirium forebygging

- Målrettet forebygging tilpasset pasientens risikofaktorer kan gi opptil 40% reduksjon av delirium.

Inouye SK et al, New England journal of Medicin 1999

Delirium forebygging

IKKE - MEDIKAMENTELL FOREBYGGING

| Tidlig mobilisering | Tilstrekkelig smertelindring |
|---|---|
| Hyppig reorientering og mobilisering | Redusere bruk av psykoaktive medikamenter |
| Forebygging av dehydrering | Forebygging av søvndeprivasjon |
| Korreksjon av hypovolemi, hypoksi, anemi Elektrolyttforstyrrelser og feber | Forebygging av obstipasjon |
| Optimalisering av komorbide tilstander | Korreksjon av sansedeprivasjon (briller og høreapparat) |

Delirium behandling

IKKE - MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Passe skjerming av pasienten, med rolige omgivelser og behaglig belysning

God øyekontakt, hyppig berøring og tydelig verbal kommunikasjon

Unngå unødig endring i pasientens omgivelser og personale

Redusere bruk av ubehagelig utstyr (iv. kanyler og urinkateter) til et minimum

Hyppig reorientering

Forebygge liggesår, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose for hypoaktive pasienter

Klokke og kalender

Grundig legemiddelgjennomgang

Tilstedeværelse av pårørende

1. Seponere medikamenter som ikke er strengt tatt nødvendig
2. Intensivere behandlingen av tilstander som ikke er godt nok kompensert som kan antas å bidra til å vedlikeholde delir.

Algoritme for medikamentell behandling ved delirium hos eldre innlagt i sykehus

Screening for delirium (Confusion Assessment Method, CAM)

Delirium

Ikke delirium

- Finne og behandle utløsende årsak
- Fjerne medikamenter som kan utløse delirium
- Optimalisere oksygenering, metabolisme, elektrolyttnivå, smertebehandling og eliminasjon (urin og avføring)
- Unngå blærekateter og fysiske tvangsmidler

Har pasienten fortsatt delirium?

Ikke delirium

Hyperaktivt

Hypoaktivt

Ikke behov for medikamentell behandling

I fare for å skade seg selv, utmatte seg selv eller uakseptabelt forstyrre andre

Vurdere medikamentell behandling

Uro ved alvorlig somatisk sykdom

Haloperidol
0,5–2 mg peroralt inntil x 4
eller 0,5–5 mg intravenøst
eller intramuskulært
(gi dobbelt dose etter 30 min)

Uro og søvnforstyrrelser ved lite alvorlig somatisk sykdom

Haloperidol som ved alvorlig somatisk sykdom, eller klometiazol peroralt 300 mg x 3–4 eller 600 mg til natten

Søvnforstyrrelser og angst

Oksazepam peroralt
10–20 mg til natten eller
10 mg inntil x 3

medikamentell håndtering

| | |
|---------------------------|---|
| Haloperidol | Til utvalgte pasienter, lav dose, kortvarig Ikke antipsykotika ved parkinsonistiske syndromer/ demens med Lewy-legemer |
| Atypiske antipsykotika | Olanzapin og risperidon kan være et alternativ |
| Kolinesterasehemmere | Vist å ikke ha effekt |
| Benzodiazepiner | Ingen gode studier. Antatt ugunstig. |
| Heminevrin | Ingen gode studier. Antatt ugunstig hos de fleste |
| Melatonin | Foreløpig ikke vist sikker effekt. |
| Alfa2-adrenerge agonister | Lovende. Enkeltstudier |

