

Delirium og kognitiv svikt hos palliative pasienter:

Begreper, diagnostikk og behandling

Jon Håvard Loge
UUS, NTNU

Psykiske lidelser ved livets slutt

- 93 konsekutive terminalt syke
 - 54% hadde psykiatriske diagnoser (DSMIIIIR)
- **Organiske 42%:**
 - **Delirium: 28%, demens: 4%, amn. synd.: 3%**
- Tilpasningsforstyrrelser 7%:
 - Angst: 1%, depresjon: 2%, blandet angst/depresjon: 4%
- Stemningslidelser: 3%
- Generalisert angstlidelse (GAD): 1%

Kognitiv svikt

- Upresist begrep
- En rekke kognitive funksjoner
 - Oppmerksomhet, konsentrasjon, intelligens, persepsjon, hukommelse, orientering...
 - Svikt = redusert /endret funksjon i en / flere
 - = **redusert hukommelse & orientering?**
 - Hvilken klinisk tilstand?
- Kliniske tilstander med kognitiv svikt
 - Demens
 - Amnestisk syndrom
 - Delirium – en rekke betegnelser!
 - Husk pasienter med medfødt / tidlig ervervet svikt (PU)

Demens

= kognitiv svikt ved klar bevissthet

- Eksponensiell økning fra 60 år
 - >10% av 80-åring er demente
- Høyere funksjoner affisert
 - (Nær)hukommelse, abstraksjon, forståelse, dømmekraft +++
 - Oppmerksomhet + nærhukommelse = orienteringsevne
- Gradvis debut og progredierende
 - Ledsaget av svikt i følelsesmessig og sosial atferd
 - **Normal bevissthet**
- Flere typer etter antatt årsak
- Viktig å erkjenne v/ f.eks. smertemåling
 - Husker ikke utvikling over tid / fluktuasjon

DSMIV Amnestisk syndrom

due to General medical condition

- Utvikling av hukommelsessvikt i form av
 - Svikt i evne til å lære ny informasjon
 - Svikt i evne til å erindre lært informasjon
- Hukommelsessvikt: vesentlig fall, medfører
 - Vesentlig sosial og funksjonell svikt
- Hukommelsessvikt ikke ledd i delirium / demens
- Fysiologisk konsekvens med. tilstand
 - For eksempel etter kjemoterapi
- Forbigående eller kronisk
- “Kjemo-hjerne”?

Delirium

- Bevissthet ↓ / endret kognisjon / abrupt start
 - Akutt konfusjon, toksisk psykose, agitasjon, forvirringspsykose..
- En rekke tilleggssymptomer:
 - Synshallusinose, atferd, forvirring, søvnforstyrrelse, neurologiske symptomer o.s.v.
- Hypoaktiv, hyperaktiv eller vekslende form
- Obs. på milde former – overses oftest
- Organisk genese(r)
- Tegn på begynnende demens?

DSMIV Delirium

due to.....medical condition

- Bevissthetsforstyrrelse med nedsatt
 - Klar tilstedeværelse i omgivelsene
 - Evne fokusere, opprettholde, skifte oppmerksomhet
- Forstyrrelsen utvikles over kort tid
 - Vanligvis timer / dager
 - Og fluktuerer gjennom døgnet
- Tilstanden skyldes gen. med. tilstand
 - Fra sykehistorie, undersøkelse eller lab. funn
 - I hele medisinen: eldre med brudd, infeksjoner...

Predisp. årsaker til delirium

- Predisponerende årsaker:
 - Alder
 - Demens
 - Annen hjerneskade
 - Gen. svekkelse
 - Syns-svekkelse
 - Misbruk

Utløsende årsaker til delirium

- Utløsende årsaker:
 - Medikamenter: psykoaktive, opioider +++
 - Dehydrering
 - Intracranielle faktorer
 - Abrupt seponering: alkohol - medikamenter
 - Hypoksi
 - Metabolske forhold: nyre, lever, elektrolytter
 - Hematologiske forstyrrelser
 - Infeksjoner – sepsis
 - +++++

Utfordringer i diagnostikk

- Fulminant hyperaktivt delirium - enkelt
- Lavgradig hypoaktivt delirium - utfordrende
- Når er et delirium terminalt?
- Å skifte intervjustil:
 - Emosjonelle forhold: åpne intervjuer
 - Kognitiv svikt: eksplorerende - lukket intervjuteknikk
- Å gjennomføre intervjuet med
 - Respekt og fokus
- Å stole på rapporter fra pasientens nærmeste
- Å stille en klinisk diagnose

Noen intervju-clues

- Observasjon
 - Utseende og oppførsel
- Inntrykk under intervjuet
 - Situasjonsadekvat respons og atferd
- Tanke-prosesser
 - Form: løs, vag, flytende, bagatelliserende
 - Innhold: vrangforestillinger
- Mot-overføring
 - Egne følelser & reaksjoner
 - Irritasjon, ubehag, intervjuet går tregt

Instrumenter – til støtte

- Mini Mental Status Examination (MMSE)
 - Semistrukturert intervju
 - Grovt mål på kognitiv svikt – 3-5 spørsmål av verdi
 - Ikke differensiering delir, demens, amnestisk syndr.
- Memorial Delirium Assess. Scale (MDAS)
 - God reliabilitet & validitet
 - Støtte i diagnostikk, for monitorering av forløp
 - Nettsiden til Norsk Geriatrisk Forening
- CAM – måler DSM-kriterier delirium
- Nevroradiologi
 - Ved klinisk mistanke metastaser / intracranielle prosesser
 - Ikke tilstanden i seg selv som er en klinisk diagnose

Somatisk utredning

- Omfang i.f.t. leveutsikter - terminalt delirium?
- Fokus på reversible årsaker
- Psykoaktive medikamenter
 - Opioider, benzodiazepiner, steroider..
 - Endret farmakokinetikk - brå seponering
 - Interaksjoner
- Hydreringsstatus
- Infeksjoner
- Oksygenering

Psykiatriske diff. diagnoser

- Angst & depresjon kan ledsage delirium
 - Eller comorbid (tilstede uavhengig av delirium)
- Delirium skilles fra mani ved:
 - Bevissthet, brå debut, kognitive symptomer
- Delirium skilles fra psykotiske tilstander ved
 - Bevissthet, brå debut, sykehistorie, hallusinasjoner (syn eller taktile), vrangforestillinger mer skiftende
- Delirium skilles fra demens ved
 - Bevissthet, sykehistorie, brå debut
 - Obs demens predisp. for delirium (=egen diagnose)

Forløp av delirium

- 42% av 113 konsekutive hadde delirium
 - 45% av resterende fikk
- 88% terminalt delirium
 - Delirios minst 6 t før død
- Delirium reversert hos 49%
 - + faktorer: opioider, dehydrering
 - - faktorer: hypoksi, metabolske forstyrrelser
- Delirium = traumatisk / angstfremkallende
 - Psykose = post-traumatisk stress
 - “Svart hull” (*Breitbart WS 2002*)

Behandling v/ delirium - Behandle? Symptomatisk? Kausalt?

- $\leq 50\%$ delir reversible
 - Delirium = belastende, dyrt, gir økt dødelighet
- 3 klinisk kontrollerte studier – svak evidens
 - Behandling erfaringsbasert
- Alltid sikre pasient
 - Vitale funksjoner og mot selvpåført skade
- Alltid skjerme pasient; stimulusbegrense
- Alltid informere personal & pårørende
- Skaper uro på posten → antiterapeutisk

Tvangstiltak

- Unngå innleggelse i psykiatriske sykehus
 - Manglende kompetanse om resten av pasienten
 - Bør være avklart på forhånd - lån av kompetanse?
- Psykisk Helsevern-loven av 1999
 - Hjemler ikke tilbakeholdelse på somatisk avd.
 - Hjemler ikke tvangsbehandling på somatisk avd.
- Tilbakeholdelse / behandling uten samtykke
 - Nødrett – til beste for pasienten
 - Journalfør hva som er gjort og hvorfor
- Pas. ikke samtykke-kompetent

Prinsipper for behandling

- Tilstreb årsaksrettet behandling
 - De fleste > 2 “årsaker”
- Trolig hyppigste “årsaker” i palliasjon:
 - Opioider, dehydrering, dårlig oksygenering
- Symptomatisk behandling til alle?
 - De agiterte får alltid
 - Symptomatisk behandling – bedrer også forløp ved hypoaktiv form?

Symptomatisk behandling

- **Haloperidol** (*Breitbart Am J Psych 1996*)
 - 0,5-1mg hver 2.-12. time (PO (tbl. / mixt.), IM, IV)
 - Parenteral = 0.5 – 0.75 x PO
- **Risperidone** (*Sipahimalani Int J Ger Psychopharm 1997 / Han CS 2004*)
 - Monoaminerg antagonist
 - 0.5 mg PO x 2 → 3 mg PO x 2 (tbl. / mixt)
- **Midazolam v/ svær uro**
 - Benzodiazepiner negativ effekt i seg sjøl?
- **Div. medikamenter beskrevet kasuistisk**
 - Søvn: klometiazol (Heminevrin) 600mg x1
 - Evt. repeterte doser á 300 mg med 45 min. intervall
 - Cave ved respiratorisk / sirkulatorisk labilitet

Miljøtiltak

- Stimulusbegrense
- Innføre kjente personer / objekter
- Lys – døgnrytme
- Aktivitet
- Ro / TLC
- Ikke dokumentert effekt – kan unnlate?
- Suicidal-fare!

Delirium kan forebygges

- Svært mange (> 50%) av delir overses!
 - Av leger
 - Av sykepleiere
- Inouye SK et al, N Eng J Med 1999
 - Pasienter > 70 år på gen. indremed. avd
 - Fokus: 6 risikofaktorer inkl dehydrering og søvn
 - 10 % delirium i intervensjon vs. 15% i kontroll gruppe

Konklusjoner

- Kognitive forstyrrelser hyppige
 - Kognitiv forstyrrelse ledd i hvilken tilstand?
 - Belastning pasient, pårørende, personale
 - Oversees trolig ofte – neg. konsekvenser
- Terminalt delirium = ledd i dødsprosessen
- Diagnostikk av delirium relativt enkel
 - Hvis oppmerksom på tilstanden
 - Hvis lytter til rapporter fra slekt og personale
 - Benytter fokusert intervju
- Utredning og tiltak vurderes pr. pasient