

Delir in der Terminalphase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Koordinatoren:

Karl-Heinz Wagner, Dr. Martin Dreyhaupt

Konsentierung zuletzt am:

29.11.2016

Mitglieder der AG:

Dickel, Thomas; Dreyhaupt, Dr. Martin; Even, Dr. Klaus; Jabbour, Najib; Halama, Margarete;
Kloke, Dr. Marianne; Köhn Kathrin, Dr.; Kordes, Dr. Ulrich; Laubenthal, Peter; Rudolph, Dr. Bettina;
Rosenkranz, Katrin; Schöpfer, Dr. Thomas; Shamma, Youssef; Wagner, Karl-Heinz

Definition

Ein Delir ist nach DSM IV gekennzeichnet durch:

- Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit
- Änderungen der Wahrnehmung (*Gedächtnis, Orientierung, Sprache, Auffassung*)
- Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf
- Vorliegen eines medizinischen Krankheitsfaktors

Darüber hinaus kann es wichtig sein, zwischen einem hypo- und hyperaktiven Delir zu unterscheiden.

Ein **hypoaktives Delir** ist gekennzeichnet durch Apathie und Bewegungsarmut; es wird kaum Kontakt zur Umwelt aufgenommen. Halluzinationen und Desorientiertheit werden erst auf explizites Befragen (*soweit diese möglich ist*) geäußert. Es bestehen geringe vegetative Symptome.

Ein **hyperaktives Delir** ist gekennzeichnet durch psychomotorische Unruhe bis Agitiertheit. Es besteht eine offenkundige Irritierbarkeit, oft begleitet von Halluzinationen und Angst. Es bestehen deutliche vegetative Symptome.

Bedeutung und Häufigkeit

Ein Delir tritt in der Sterbephase bei mehr als zwei Drittel der Patienten auf. Die Diagnose ist nicht immer einfach zu stellen, insbesondere dann, wenn der Patient gleichzeitig dementiell erkrankt ist. Im Zweifelsfall darf bei deutlichen Hinweisen auf ein Unwohlsein des Sterbenden und/oder Halluzinationen ein Therapieversuch gemacht werden (*wichtiger Hinweis: fluktuierende Symptomatik*).

Pathogenese

Die meisten Delire in der Sterbephase haben mehrere Ursachen. Von daher ist auch nur der kleinere Teil ursächlich behandelbar und auch reversibel. Hier kann die Verwendung einer Checkliste zum Ausschluss häufiger Ursachen hilfreich sein:

- Hirneigene Prozesse ?
- Entzugssymptome von zuvor oral gegebenen Medikamenten /zugeführten Substanzen?
- Medikamentennebenwirkungen (Opiode, Psychopharmaka, L-Dopa, Antibiotika) ?
- Metabolische Störung (z. B. Hypoglykämie, Hyponatriämie)?
- Stresssituation ?
- Blasenentleerungsstörung?
- Kotsteine?
- Fremde Umgebung?
- Unzureichende Symptomkontrolle?
- Infektion?



Delir in der Terminalphase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Fortsetzung Pathogenese

- Fieber?
- Hypoxämie ?
- Medikamente (*Opiate, Psychopharmaka, Kortikosteroide, Antibiotika*)?
- Stoffwechsellentgleisung (*Hypoglykämie, Elektrolytentgleisungen, Exsikkose*)?
- Fieber ?

Soweit zumutbar sollte im Sinne einer Leidensminderung der Versuch einer Ursachenklärung und damit auch zielgerichteten Therapie gemacht werden. Dies gilt besonders für Substanzentzüge.

Hilfreiche Handlungen

Erregten und verwirrten Patienten gegenüber ruhig und überlegt auftreten; ihnen wiederholt erklären, wo sie sind, wer man ist und welche pflegerische Handlung vorgenommen wird.

Delirante Patienten können sich selbst und andere in Gefahr bringen! Von daher muss der Patient und ggf. sein Umfeld vor Verletzungen geschützt werden. Über eine mögliche Fremdgefährdung sollen Angehörige und Betreuungspersonen aufgeklärt werden.

Medikamentöse Behandlung

Da viele Patienten in der Sterbephase schluckunfähig sind, empfehlen sich Substanzen, die entweder über die Schleimhäute oder s.c. resorbiert werden können. Hier gilt es niedrige Dosierungen zu Anfang wählen.

Vorsicht mit typischen Neuroleptika (z. B. *Haloperidol, Chlorpromazin*) bei Parkinson Patienten und Epileptikern. Hier ggf. atypische Neuroleptika (z.B. *Risperidon, Olanzapin, Quetiapin*) verwenden. Bei agitiertem Delir sollten eher dämpfende Substanzen zur Anwendung kommen.

Werden bei deutlicher psychomotorischer Erregung und/oder Angst zusätzlich Benzodiazepine appliziert, so ist zu bedenken, dass diese sowohl eine inverse als auch eine psychotische Reaktion verursachen können.

Substanz	Startdosis	Symptomadaptiertes Dosisintervall	Regelhaftes Dosisintervall	Zusatzinformation
Haloperidol	1 - 2mg	p.o. 60 min s.c./i.m. 30 min buccal ? min	ein- bis zweimal tgl.	Hohe antipsychotische Potenz mit wenig Sedierung
Chlorpromazin	25 - 50 mg	p.o. 60 min s.c./i.m. 30 min buccal ? min	ein- bis zweimal tgl.	Gute antipsychotische Potenz mit Sedierung
Risperidon	0.25 - 1,0 mg	p.o. 60 min s. l. 40 min	ein- bis zweimal tgl.	antipsychotische Potenz mit wenig Sedierung
Olanzapin	2.5 - 5 mg	p.o. 6 h (Wirkbeginn nach 30 min) s.c./i.m. 30 min	ein- bis zweimal tgl.	antipsychotische Potenz mit Sedierung
Quetiapin	25 - 50 mg	p.o. 90 min	bis dreimal tgl.	Sedierende Wirkung mit wenig EPMS



Delir in der Terminalphase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Bzgl. des Nebenwirkungsprofils gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Substanzen

Substanz	Anticholinerg M ₁	Sedierung H ₁	Orthostase α ₁	QT Verlängerung	EPMS D ₂
Haloperidol	X		X	X (p.o.) Δ (i.v.)	ΔΔΔ
Chlorpromazin	ΔΔ	ΔΔΔ	Δ	Δ	Δ
Risperidon	X	Δ	X	X	ΔΔ
Olanzapin	ΔΔ	ΔΔ	X	X	Δ
Quetiapin	X	ΔΔΔ	Δ	X	X

Δ relative Wirkstärke X wirkungslos