

DELIRIA NA GERONTOPSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

MUDr. Jiří Konrád

Psychiatrická léčebna, Havlíčkův Brod

Delirium je častou neuropsychiatrickou komplikací nemocí ve stáří (2, 7). Delirium velmi často komplikuje již přítomnou demenci. Sdělení se zabývá především těmito stavy – delirií nasedajícími na demenci. Ve zdravotnických a sociálních zařízeních pro osoby vysokého věku se delirium vyskytuje dle různých zdrojů v 10 až 44 % (6, 7, 13). Nemocní s chronickým kognitivním deficitem a trpící více chorobami bývají postiženi častěji (11). Je obtížné odlišit delirium od demence s příznaky BPSD (behaviorální a psychologické příznaky demence), zvláště když nemáme k dispozici kvalitní anamnézu a objektivní informace o nynějším onemocnění.

Autor uvádí obecné rozdíly umožňující diferenciální diagnostiku demencí a delirií (4), vlastní pozorování výskytu delirií na gerontopsychiatrickém oddělení psychiatrické léčebny, jejich příčiny a možnosti léčby a nakonec kazuistiku s užitím kognitiva – inhibitoru cholinesteráz (ICHE) – v léčbě deliria nasedajícího na demenci.

Diferenciální diagnostika demence a deliria

Diagnostická kritéria pro delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami dle MKN 10, kód diagnózy F05, jsou vágnější než deskriptivní „americká“ kritéria dle DSM IV. Diferenciální diagnostika demence a deliria je komplikována samotným faktem, že delirium je častou komplikací demence (4, 7, 11) – delirium nasedající na demenci, dg. F05.1 dle MKN 10. Kolísání kvality vědomí patří k obrazu demence s Lewyho tělísky (2, 8, 10), kde předpokládáme ještě výraznější cholinergní deficit než u Alzheimerovy choroby. To je v souladu s hypotézou o neokortikálním cholinergním deficitu jako etiologickým faktoru deliria (3, 12, 14).

Z hlediska další léčby je potřebné odlišit demenci od deliria. Velmi důležitá je kvalitní anamnéza od pečující osoby, která může informovat o stabilitě či fluktuaci poruchy a době jejího trvání, což jsou nejdůležitější rozlišovací kritéria (tabulka 1).

Sledování vlastního souboru

Analýzovali jsme soubor pacientek přijatých s dg. F05.0 a F05.1 na přijímací stanici

gerontopsychiatrického primariátu pro ženy za rok 2003. Cílem našeho retrospektivního sledování bylo ověřit si naše dojmy konfrontací s konkrétními daty.

V r. 2003 bylo na přijímací stanici přijato celkem 292 pacientek. Z toho 40 pacientek mělo uvedenu dg. F05.0 nebo F05.1 jako dg., která vedla k přijetí do léčebny. To je 13,7 % všech přijatých (tabulka 2). Je pravděpodobné, že skutečný počet bude vyšší, protože se občas asi dg. deliria „schová“ pod všeobíhající dg. pokročilé demence s poruchami chování a halucinacemi. Průměrný věk těchto pacientek byl 78,4 let.

Zajímaly nás možné příčiny rozvoje deliriozních stavů. Obtížně popsatelnou příčinou byl již fakt předchozího přijetí do nemocnice pro nepsychiatrické onemocnění. Změna prostředí sama o sobě může vést k rozvoji deliria. Většina přijatých pacientek (33 ze 40) trpěla současně demencí, většinou při pravděpodobné Alzheimerově nemoci. K dalším nejčastějším přidruženým diagnózám patřila všeobecná komorbidita ve stáří, infekce močových cest a dehydratace nebo hypohydratace. Méně často se jako možné příčiny objevily proběhlá CMP, nádor mozku, operace v celkové anestezii, poléková deliria nebo deliria v rámci

odvykacího stavu při závislosti na lécích nebo alkoholu (tabulka 3).

Jakou jsme užívali medikaci? (tabulka 4) Po přijetí docházelo většinou k rychlému odeznění deliria mimo jiné nefarmakologickými léčebnými zásahy – dostatečnou hydratací, alimentací, režimem oddělení a rehabilitačními aktivitami.

K tlumení akutního neklidu byl nejčastěji použit haloperidol a tiaprid v injekcích. Jako udržovací medikaci jsme nejčastěji podávali z klasických AP melperon v nízkých dávkách od 25 do 100 mg. Výjimečně jsme se u některých pacientek s perzistujícími tranzitorními delirií u pravděpodobné Alzheimerovy nemoci a bez výraznější komorbidit uchýlili k podávání klasických antipsychotik thioridazu a levopromazinu nebo noční medikaci hypnotiky s krátkým poločasem. Při opatrné titraci dávky a stálém sledování pacientek byla tato léčba dobře tolerovaná a především vedla konečně k ústupu pravidelných nočních delirií. Znovu musíme upozornit, že šlo o výjimečné situace.

Z nových AP jsme podávali nejčastěji risperidon v malých dávkách 1–2 mg, méně často olanzapin v dávce 5 mg. U pacientek s rozvinutým parkinsonismem byl několikrát použit quetiapin. Méně často než AP jsme k léčbě deliria použili inhibitory acetylcholinesterázy donepezil a galantamin, zato vždy s úspěchem. Deliriozní stavy promptně odezněly. Nootropika jsme používali poměrně málo, nejčastěji piracetam a preparáty z ginkgo biloba.

Nejvíce pacientek bylo přijato z nemocničních oddělení. Je vidět, že delirium mělo dobrou prognózu, 34 pacientek bylo z PL propuštěno. Za úspěch považujeme, že 50% pacientek se podařilo po odeznění deliria propustit do domácího prostředí (tabulka 5).

Tabulka 1. Diferenciální diagnostika mezi deliriem a demencí (4)

	delirium	demence
začátek	akutní začátek, v noci, fluktuující průběh, neklid, kolísání během dne, lucidní intervaly	nenápadný začátek, stav stabilní během 24hod. intervalu
trvání	hodiny až týdny	měsíce až roky
průběh	fluktuující v průběhu 24 hod., zhoršení v noci	relativně stabilní
vědomí	porušené	jasné
spánek	převrácený, „spánková inverze“	většinou dobrý spánek, někdy fragmentovaný
myšlení	většinou dezorganizované	zchudlé, zbytkové
vnímání	iluze a halucinace velmi často	iluze a halucinace jsou poměrně vzácné

Kazuistika pacientky s deliriem, léčba antipsychotiky a ICHE

Pacientka 79 let, vdaná, žije s manželem. První hospitalizace od 5. do 22. 11. 2003. Do PL byla přeložena z interního oddělení, kde byla léčena pro recidivující embolizace do mozku při chronické fibrilaci srdečních síní. Doma došlo k rozvoji deliria se slovní a brachiální agresí, napadla manžela a způsobila mu tržné rány na hlavě. V průběhu hospitalizace na interně byla v bezvědomí. Při přijetí do PL byla lucidní, dezorientovaná časem a místem, labilní emotivita, MMSE 17 bodů. Byla medikována malou dávkou risperidonu (1 mg) a melperonu (25 mg), kognitivní funkce i emotivita se postupně upravily a pacientka byla propuštěna do ambulantní péče, MMSE při propuštění 25 bodů.

Druhá hospitalizace v PL od 27. 12. 2004 do 21. 1. 2005 pro stupňující se poruchy paměti, stavy dezorientace a v posledním týdnu i tranzitorní deliria. Od 15. 12. 2004 byla ambulantně zahájena medikace donepezilem 5mg, MMSE byl v té době 19 bodů, při vyšetření měsíc předtím 14, stav kolísá i během dne. V posledním týdnu bloudila, spala přerušovaně. Při přijetí byla lucidní, orientovaná vlastní osobou, ale již ne věkem, nepřesně časem, ale místem správně. MMSE 19 bodů. Po přijetí byl zvýšen mírně risperidon na 2 mg a donepezil na 10 mg pro die. Deliriozní stav se již nezopakoval. Později ještě zvýšen melperon na 75 mg pro výrazné poruchy spánku, kterými ale trpěla celoživotně. Během pobytu v PL jí zemřel manžel, pacientka se s jeho smrtí vyrovnala, zvládla i propustku na manželův pohřeb a mohla být propuštěna do péče rodiny svého syna. MMSE před propuštěním 23 bodů. I po dalším měsíci je stav doma příznivý.

Diskuze a závěr

Delirium nasedající na demenci (kód F05.1 dle MKN 10) je častou komplikací v průběhu demence a pravděpodobně souvisí se sníženou nekortikální cholinergní neurotransmisí u různých typů demencí – u Alzheimerovy choroby, demence s Lewyho tělísky i vaskulární demence. V praxi dochází často k souběhu více neuropatologických změn se společnou patofyziologickou změnou – nedostatkem synaptického acetylcholinu v kortexu.

V léčbě delirií ve vysokém věku jsou nejčastěji užívána antipsychotika. Teoreticky vhodnější léčbě inhibitory cholinesteráz brání nedostatek informací z kontrolovaných studií, poměrně omezené kazuistické zkušenosti, indikační omezení pro kognitiva i jejich vysoká cena (1, 5, 9).

Bylo by žádoucí provést kontrolovanou studii s použitím ICHE u delirií. Metodologicky by byla velmi náročná, etické otázky takové studie jsou také složité. Vítané jsou také soubory kazuistik (15), které ukazují na širší možnosti využití inhibitorů CHE v gerontopsychiatrii, než je pouze Alzheimerova choroba. Bylo by jistě užitečné rozšíření indikací o demenci s Lewyho tělísky a vaskulární demence (8, 9, 10), pravděpodobně i o deliria nasedající na demenci.

Uvedená kazuistika ukazuje možnosti kognitiva typu ICHE tam, kde je léčba antipsychotiky již nedostatečná, a potvrzuje i předchozí dobré zkušenosti autora s ICHE v této indikaci. ICHE navíc často dokáže zlepšit či stabilizovat kognitivní funkce, behaviorální a psychologické příznaky i denní aktivity u demencí (1).

Poděkování

Za významnou pomoc při sběru dat o souboru pacientek děkuji kolegyni MUDr. Lucii Přikrylové.

Tabulka 2. Zastoupení diagnóz (5 pacientek bylo bez premorbidní diagnózy demence či MCI)

	typ deliria (N=40)			typ premorbidní organické poruchy (N=35)				
diagnóza	F05.0	F05.1	F05.8	F00.1	F00.2	F01.1	F01.9	F06.7
počet pacientek celk. 40	5	33	2	4	20	8	1	2
poznámka	(77 let věku a mladší)			z toho 1 pac. v souboru 2x, 2 pac. dg. DLB				

Tabulka 3. Pravděpodobné příčiny deliria (u některých pacientek se kumulovalo více příčin)

příčina	dehydratace	přijetí do nem.	celk. anestezie	IMC	CMP	nádor mozku	další polymorbidita	polékové	odvykací
počet (%)	9 (22,5 %)	23 (57,5 %)	1 (2,5 %)	15 (38 %)	3 (7,5 %)	1 (2,5 %)	20 (50 %)	5 (12,5 %)	0
poznámka		pak překlad do PL		jen klinicky významná			DM, hypertenze, AS univ.		

Tabulka 4. Medikamentózní léčba

typ léč- by	akutní injekční léčba		perorální medikamentózní léčba											
			klasická antipsychotika				„atypická“ nová antipsychotika				kognitiva ICHE		nootropika	
lék	halope- ridol	tiaprid	levo- pro- ma- zin	thiori- dazin	melp- er- on	halope- ridol	risper- i- don	olanza- pin	quetia- pin	tiaprid	done- pezil	galan- tamin	pirace- tam	gingko biloba
počet léče- ných	17	2	1	1	18	0	14	2	3	2	2	2	3	4
pozn.	max 10 mg / den				25– 100 mg		1–2 mg				2 pac. dg. DLB			

ICHE = inhibitory cholinesterázy, DLB demence s Lewyho tělísky

Tabulka 5. Odesílající a konečná destinace pacientek

	přijaty z						propuštěny kam						
z domova	z DPS	z DD	z nemocnice	z LDN	z PO nemocnice	domů	do DPS	do DD	do nemocnice	do LDN	do PO nemocnice	zemřelé	
počet	8	1	8	17	1	5	20	3	11	0	0	0	3
pozn.							3 pac. dosud k 31. 12. 2003 hospit. v PL pro demenci						

DPS = dům s pečovatelskou službou, DD = domov důchodců, LDN = léčebna dlouhodobě nemocných, PO = psychiatrické oddělení

Literatura

- Bonner LT, Peskind ER. Pharmacologic treatments of dementia. Med Clin North Am, 2002; 86(3): 657–74.
- Burns A, McKeith G. Old age psychiatry. B. J. Psychiatr, Feb. 2002; 180: 97–98.
- Cummings JL, Back C. The cholinergic hypothesis of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. Am J Geriatr Psychiatry, 1998; 6: 64–78.
- Eikelenboom P, Hoogendijk WJG. Do delirium and Alzheimer's dementia share specific pathogenetic mechanisms? Dementia; 1999; 10: 319–324.
- Gustafson Z, Lundstrom M, Bucht G, Edmund A. Delirium in old age can be prevented and treated. Tidsskr Nor Laegeforen, 2002, Mar 20; 122 (8): 810–814.
- Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, et al. Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. Arch Intern Med., 1992; 152: 334–340.
- Lipowski JZ. Delirium: Acute Confusional States. New York, Oxford University Press, 1990.
- McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Report of the consortium on DLB international workshop. Neurology, 1996; 47: 1113–1124.
- Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cattaruzza T, Cazzato G. Cholinesterase inhibition as a possible therapy for delirium in vascular dementia: a controlled, open 24-month study of 246 patients. Am J Alzheimers Dis Other Dement, 2004; 19(6): 333–339.
- Mosimann UP, McKeith IG. Dementia with lewy bodies—diagnosis and treatment. Swiss Med Wkly, 2003; 133(9–10): 131–142.
- O'Keeffe S, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospital patients. J Am Geriatr Soc., 1997; 45: 174–178.
- Perry EK, Perry RH. Acetylcholine and hallucinations: disease-related compared to drug-induced alterations in human consciousness. Brain cogn, 1995; 28: 240–258.
- Sandberg O, Gustafson Y, Brannstrom B, Bucht G. Prevalence of dementia, delirium and psychiatric symptoms in various care settings for the elderly. Scand J Soc Med., 1998; 26: 56–62.
- Sarter M, Bruno JP. Cortical acetylcholine, reality distortion, schizophrenia, and Lewy body dementia: too much or too little cortical acetylcholine? Brain cogn, 1998; 38: 297–316.
- Wengel SP, Roccaforte WH, Burke WJ. Donepezil improves symptoms of delirium in dementia: implications for future research. J Geriatr Psychiatry Neurol, 1999; 11(3): 159–161.