Was dürfen Sie ihm geben, was auf keinen Fall?

Alter Mann, akut verwirrt

Die Tochter eines 68-jährigen Mannes ruft in der Praxis an: „Bitte kommen Sie vorbei, ich weiß mir nicht mehr zu helfen. Mein Vater redet seit heute morgen dummes Zeug, rast durchs Haus und sucht nach seinem Hund. Der ist aber im letzten Jahr eingeschläfert worden. Jetzt schreit er herum und wirft mir vor, dass ich den Hund vergiftet habe. Außerdem schaut er so komisch und schwitzt stark. Die ganze Zeit war er so friedlich, und dann plötzlich so etwas!“ Was müssen Sie in dieser Situation tun?

Jedes Delir ist ein absoluter Notfall.

Foto: ©Sichtwandel/Dockstock

— Der ältere Patient in diesem Fallbeispiel zeigt eine akute globale kognitive („redet dummes Zeug“) und eine psychomotorische Störung („rast durchs Haus“). Fast immer wird ein solcher akuter Verwirrheitszustand von vegetativen Symptomen begleitet, so auch in unserem Fall („schwitzt, schaut komisch“). Oft treten auch Wahnvorstellungen auf („du hast den Hund vergiftet“). Typischerweise beginnen solche Symptome akut in der Nacht und fluktuieren im Tagesverlauf. Deshalb ist es sehr wichtig, den Patienten nicht unbeobachtet zu lassen, betonte Dr. med. Peter Landendörfer, Heiligenstadt.

Auslöser Milieuänderung

Zu den Risikofaktoren für das Auftreten eines Delirs gehören neben dem hohen Alter eine Änderung des gewohnten sozialen Umfelds, Multipharmakotherapie, Infektionen (Harnwegsinfekt, Pneumonie), Ernährungsfaktoren (Exsikkose, Elektrolytstörungen) und eine Demenz. Als einschneidende

Milieuänderung wirkt sich ein Klinikaufenthalt aus, v. a. wenn er mit einem chirurgischen Eingriff oder einem Aufenthalt auf der Intensivstation verbunden ist. Mehr als 50% der Patienten erleiden z. B. nach einer Hüftoperation ein akutes Verwirrheitssyndrom.

Keine Benzodiazepine!

Eine ganz wichtige Rolle spielen Medikamente. Insbesondere Substanzen mit anticholinergen Effekten wie Trizyklika oder Neuroleptika besitzen eine stark delirogene Wirkung. Wird ein Patient wegen seiner Depression mit Amitriptylin behandelt, und bekommt er nun wegen seiner Dranginkontinenz ein Anticholinergikum dazu, kann das akute Delir rasch ins Rollen kommen. Auch Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit sind ein „Teufelszeug“, das aus der Geriatrie verbannt werden sollte, so Landendörfer. Sie sind auch die häufigste Ursache für nächtliche Stürze, deren Versorgung im Krankenhaus wiederum zu einem akuten Delir

führen kann. Nur kurz wirksames Lorazepam spielt noch eine Rolle in der Therapie von Panikattacken.

Da bei älteren Menschen ein hohes Risiko für Neben- und Wechselwirkungen besteht, muss jede Medikation niedrig dosiert begonnen und darf nur langsam gesteigert werden. Kombinationen sind kritisch zu hinterfragen.

Ein weiterer häufiger Auslöser für ein Delir ist eine fieberhafte Harnwegsinfektion mit Exsikkose. Die Trias aus Fieber, Harnwegsinfekt, Exsikkose bezeichnete Landendörfer als „Infektdelir“.

Basisdiagnostik und Notfalltherapie

Die Basisdiagnostik bei akutem Delir umfasst eine internistische/neurologische Untersuchung, eine Medikamentenanamnese, ein EKG und eine abdominelle Sonografie (Harnblase!). Folgende Laborwerte können hilfreich sein, wenn ein Delir wiederholt auftritt: Blutbild, Elektrolyte, Kreatinin, CRP, Blutzucker, Gamma-GT, TSH basal.

Jedes Delir muss als lebensbedrohlicher Notfall betrachtet und umgehend – meist stationär – behandelt werden. Zum Einsatz kommen kurz wirksame Psychopharmaka ohne anticholinerge Effekte: Melperon (3 x 25 mg), Pipamperon (3 x 40 mg). Notfalls gibt Landendörfer auch Haloperidol (0,5–1 mg, maximal 10 mg pro Tag). Die übrige Medikation muss so zurückhaltend wie möglich gestaltet werden. Der Patient darf nur im Ausnahmefall fixiert werden, und wenn, muss er stringent überwacht werden. Die Basalfunktionen müssen kontrolliert und der Wasser- und Elektrolythaushalt muss ausgeglichen werden. Der Anblick von vertrauten Bildern und Bezugspersonen sowie der Einsatz vorhandener Seh- und Hörhilfen helfen, die Orientierungsfähigkeit zu verbessern.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ Practica 2009, Bad Orb, 28. – 31. 10. 2009