Alkoholentzugsdelir

A. BATRA, F. D. WERNZ

Ein 49-jähriger Patient in reduziertem Allgemeinzustand wird von der Polizei in die Klinik gebracht. Er hatte die Polizei angerufen, weil er in seinem Wohnzimmer Schlangen sah. Der Patient ist zu Zeit, Ort und Situation desorientiert. Auffallend sind die starke, ängstliche Anspannung und der grobschlägige Tremor.

© Ralf Dalberg

Tremor ist ein typisches Symptom bei Alkoholentzug.

Häufigkeit

Die Wahrscheinlichkeit für ein Delir bei pharmakologisch unbehandelten Entzugssyndromen wird in der Literatur mit 5–15% angegeben. Es tritt meist in den ersten 24 Stunden nach Abstinenzbeginn auf und klingt innerhalb von sieben bis zehn Tagen ab.

Klinische Symptome

Alkoholentzugssyndrome entstehen bei absoluter oder relativer Abstinenz bei einer körperlichen Alkoholabhängigkeit mit typischen Symptomen wie Schwitzen, Tremor, Hypertonie, Schlafstörungen, Angst und psychovegetativer Unruhe. Das klassische Bild des sich daraus in einigen Fällen entwickelnden, potenziell lebensbedrohlichen Delirium tremens ist nach den Kriterien des ICD-10 gekennzeichnet durch eine ausgeprägte vegetative Entzugssymptomatik (Hyperhidrosis, Hypertonie, Tachykardie, Hyperthermie), Agitation und Schlafstörungen in Verbindung mit einer Bewusstseinstörung und Verwirrtheit (Desorientiertheit zu Zeit, Ort, Situation und/oder Person, amnestische Störungen), illusionären Verknüpfungen oder lebhaften, meist optischen Halluzinationen (manchmal auch Wahnvorstellungen und einer Minderung der Kritikfähigkeit mit erhöhter Suggestibilität) und einem grobschlägigen Tremor.

Zu den Komplikationen im Verlauf des Delirs gehören neben den kardio-

vaskulären Symptomen epileptische Anfälle, der Übergang in ein Wernicke-Korsakow-Syndrom oder lebensbedrohliche Elektrolytentgleisungen.

Bei Patienten, die z. B. im Rahmen eines operativen Eingriffs mit Sedativa und Antihypertensiva anbehandelt wurden, kann sich zeitlich verzögert ein untypisches Alkoholentzugsdelir mit nur einzelnen psychopathologischen Symptomen wie Wahn entwickeln.

Diagnostik

Messinstrumente wie die „Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale“ (CIWA-Ar) oder „Alcohol-withdrawal scale“ (AWS) gestatten eine quantitative Beurteilung des Entzugssyndroms. Körperliche Begleiterkrankungen, starke Entzugssyndrome, ein Delir oder ein Entzugskrampfanfall in der Vorgeschichte sind mögliche prädiktive Faktoren für ein Entzugsdelir. Das Entzugssyndrom mit Delir wird im ICD-10 Kapitel F mit 10.4 verschlüsselt.

Therapie

- Ein Alkoholdelir ist wegen des Mortalitätsrisikos (unbehandelt 20–25%) unbedingt pharmakologisch unter stationären Bedingungen zu behandeln!
- Mittel der ersten Wahl sind Clomethiazol (bis 24 Kapseln/Tag) oder Benzodiazepine (z. B. Diazepam bis zu 30–60 mg/Tag) in Verbindung mit hoch potenten

Antipsychotika (üblicherweise Haloperidol, 10–30 mg/Tag).

- In Ausnahmefällen können die angegebenen Dosierungen überschritten werden. Es sollte eine ausreichende Sedierung erreicht werden, der Patient sollte wach, aber ruhig sein.
- Wichtig ist die klinische Überwachung der Herz-Kreislauf-Funktionen sowie die ausreichende Flüssigkeitszufuhr unter Elektrolytkontrolle und bei V. a. Mangelernährung in der Vorgeschichte eine Prophylaxe mit Thiamin.

Für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Anil Batra
Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Calwer Str. 14
D-72076 Tübingen
E-Mail: anil.batra@med.uni-tuebingen.de

Koautorin: Dr. med. Friederike D. Wernz,
Tübingen

Kasuistik

So ging es weiter

Die delirante Symptomatik klingt unter initial 18 Kapseln Clomethiazol und Haloperidol bis 20 mg/die innerhalb von vier Tagen ab. Nach abgeschlossener qualifizierter körperlicher Entgiftung erfolgt die Einleitung einer stationären Entwöhnungsbehandlung.