sche, rheumatologische, endokrine, neurologische und metabolische Ursachen auszuschließen. Ein kleiner Teil der Patienten leidet an einem hereditären rekurrenden Fiebersyndrom (HRF), das den autoinflammatorischen Erkrankungen zuzurechnen sind. Als häufigstes HRF gilt das autosomal-rezessiv vererbte Familiäre Mittelmeerfieber (FMF). FMF-Schübe beginnen bei neun von zehn Patienten vor dem 20. Lebensjahr. Die Patienten stammen meist aus dem Mittelmeerraum und dem mittleren

Osten. Hauptkriterien des FMF sind Fieberepisoden mit Bauchschmerzen, Durchfällen, Peritonitis, Synovitis oder Pleuritis, eine Amyloidose vom SAA (Serum Amyloid A)-Typ ohne andere Erkrankung sowie das Ansprechen auf Colchicin, das als lebenslange prophylaktische Standardtherapie eingesetzt wird.

Inflationsparameter sollten im Schub und im Intervall gemessen werden. Im symptomfreien Intervall erscheinen die Kinder völlig gesund.

Patienten jeden ethnischen Ursprungs können an TRAPS (TNF-Rezeptor-1-assoziiertes periodisches Syndrom) erkranken, das neben längeren Fieberepisoden durch Bauch- und Muskelschmerzen sowie ein wanderndes, schmerzhaftes Exanthem charakterisiert ist. Informationen zu weiteren autoinflammatorischen Erkrankungen gibt das AID-Net (www.aid-register.de). ■

Ralf Schlenger

■ 111. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), München, 2.–5.9.2015

Delir bei älteren Patienten

Schon subsyndromal eine Gefahr

Ein Delir ist bei älteren Patienten besonders häufig und führt zu längeren stationären Aufenthalten, häufiger zu Pflegebedürftigkeit, Demenz und erhöht die Mortalitätsrate. Schon ein subsyndromales Delir stellt ein hohes Risiko dar.

— Das geht aus einer Studie der Universitätsklinik Jena hervor. Wie Hannah M. Zipprich von der Klinik für Neurologie beichtete, wurde dort im Rahmen der PRE-Delir-Studie im gesamten Klinikum (außer in der Klinik für Psychiatrie) eine Stichtagserhebung von Delir und subsyndromalem Delir bei stationären Patienten ≥ 60 Jahre durchgeführt. Das erschreckende Ergebnis:

- 83,47% der stationären über 60-jährigen Patienten waren kognitiv auf-

fällig (Montreal Cognitive Assessment [MoCA] < 26).

- Ein manifestes Delir (definiert nach der Confusion Assessment Method [CAM]: Items aus Kategorie 1 und 2 alle positiv und zusätzlich eine Denk- oder Bewusstseinsstörung) wiesen 10,5% der Senioren auf.
- Ein subsyndromales Delir (mindestens 1 Item aus CAM 1 und 2 positiv plus mindestens ein weiteres Symptom) zeigten 12,3%.

Hauptprädispositionsfaktoren waren Alter, Immobilität (Chair-Rising-Test > 15 sec) und Multimorbidität (ISAR-Notaufnahmescreening > 1). Konkrete Auslöser waren laut Zipprich Infektionen, Poly-medikation, ein Aufenthalt auf der Intensiv- oder Übergangsstation sowie damit einhergehend Fixierung, künstliche Beatmung und Blasenverweilkatheter.

Erhöhte Sterblichkeit

Sechs Monate später zeigte eine Nachbefragung eine deutlich erhöhte Sterblichkeit bei stattgehabtem Delir (37,5%), aber auch bei subsyndromalem Delir (34,7%)

– nur etwa 16% der über 60-jährigen Patienten ohne Delir waren ebenfalls verstorben. Die Lebensqualität nach dem EQ-5D zeigte in allen Domänen nicht nur nach Delir, sondern auch nach subsyndromalem Delir deutlich schlechtere Werte als ohne vorangegangenes Delir.

Zipprich betonte, dass man nach diesen Daten auch das subsyndromale Delir sehr ernst nehmen müsse und – wenn möglich – präventive Maßnahmen ergreifen sollte. Ein Beispiel ist das „help“-Programm (Hospital Elder Life Program), das eine tägliche Aktivierung und Begleitung durch geschulte Freiwillige, regelmäßiges Delirscreening (CAM), konsiliarische Begutachtung durch einen Facharzt für Neurologie, Beratung durch psychogeriatrische Fachpflegekräfte und die Schulung von Pflegefachkräften und Ärzten umfasst. In einer US-amerikanischen Klinik konnte so die Delirrate um über 20% gesenkt werden [Rubin FH et al. J Am Geriatr Soc 2011;59:359–65]. ■

Friederike Klein

■ 88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Düsseldorf, 23.–26.09.2015

Delir nicht übersehen!

© bildstockphoto / Fotolia