

Alkoholentzugsdelir

VON P. KOKOTT

Nach einer 2007 abgebrochenen Entzugstherapie erlitt ein alkoholabhängiger 26-jähriger Patient im Juni dieses Jahres als Erstereignis einen generalisierten Krampfanfall. Bei der stationären Aufnahme gab der Patient einen Alkoholkonsum von mehr als fünf Liter Bier täglich seit ca. fünf Jahren an. Dem Arzt fiel ein ausgeprägter Tremor an Armen und Beinen, eine Sinustachykardie und Hypertonie verbunden mit starkem Schwitzen auf.



Foto: Springler/Mauritius-Images

— Beim Delir handelt es sich um einen potenziell lebensbedrohlichen Zustand. Unbehandelt führt es bei 15–20% der Fälle zum Tod. Das Delirium tremens ist die häufigste Alkoholpsychose. Es kommt fast immer bei unbeabsichtigtem (z. B. bei Operationen, Unfällen, Infektionserkrankungen), seltener bei beabsichtigtem, akutem Entzug nach monate- oder jahrelanger, regelmäßiger, starker Alkoholzufuhr vor.

Klinische Symptomatik

Bei Patienten mit Alkoholdelir wird häufig beobachtet, dass sie bereits seit Wochen oder Monaten morgens ein Zittern der Hände hatten. Dieses ließ im Laufe des Tages bei erneuter Alkoholzufuhr nach. Ferner traten häufiges Schwitzen, nervöse Reizbarkeit, unruhiger Nachtschlaf, gelegentlich mit szenischen, halluzinatorischen Episoden auf (Prädelir).

Leitsymptom des Delirs ist die Bewusstseinstörung. Darunter versteht man einen Zustand verminderter Wachheit, reduzierten Reaktionsvermögens und erschwelter Aufmerksamkeit. Die Patienten können ihre Aufmerksamkeit nicht fokussieren, aufrechterhalten und gezielt verändern.

Weitere klinische Merkmale sind Orientierungsstörungen, zusammenhangloses Denken, Wahnphänomene und optische Halluzinationen. Etwa die Hälfte aller Delire beginnt mit einem sogenannten „Paukenschlag“, einem epileptischen Anfall vom Grand-Mal-Typ.

Diagnostik

- Klinik: delirantes Syndrom, Foetor alcoholicus, Zeichen der Leberdysfunktion, globale Muskelerwächtigung und Stammfettsucht, faziale Teleangiectasien.
- Labor: Leberenzyme (GOT > GPT, γ -GT, MCV und CDT).

Sofortmaßnahmen

Die wichtigste Sofortmaßnahme ist die Überwachung der Vitalparameter. Zudem sollten engmaschige Laborkontrollen (Blutzucker wegen Hypoglykämiegefahr, Kreatinkinase wegen der Gefahr der Rhabdomyolyse) stattfinden.

Therapie

Die Behandlung Alkoholkranker unterteilt sich in die vier Phasen: Kontakt-, Entzugs-, Entwöhnungs- und Nachsorgephase. Hauptziel der Entzugsphase ist, den Alkoholkonsum zu unterbrechen mit dem Ziel der Abstinenz.

In der Praxis genügt die Unterteilung in ein einfaches (körperliches) Entzugssyndrom und in ein Delir („Delirium tremens alcoholicum“). Letzteres beginnt in der Regel innerhalb weniger Stunden nach Ende des Trinkens, erreicht seine stärkste Ausprägung am dritten Tag der Abstinenz und verschwindet meist innerhalb einer Woche.

Die Behandlung konzentriert sich auf die medikamentöse Beherrschung der Entzugssymptomatik.

- Bei leichtem/mittelschwerem Delir: Clomethiazol p. o. initial 2–4 Kps., dann alle 1–2 h 2 Kps.
- Bei schwerem Delir: Clomethiazol i. v. (zu beachten: Atemdepression, bronchiale Hypersekretion und Hypotonie).
- Bei kardiopulmonalen Vorerkrankungen: Benzodiazepine, initial 10 mg Diazepam i. v., dann 20 mg/6 h (zu beachten: Aspiration, Patient muss erweckbar bleiben!)
- Bei Lebererkrankungen: Lorazepam/Oxazepam, evtl. Beta-blocker/Clonidin bei Tachykardie/Hypertonie, am zweiten Tag jeweils vorsichtige Dosisreduktion möglich.

Während ein unkompliziertes vegetatives Entzugssyndrom auch auf einer Normalstation unter Überwachung medikamentös behandelbar ist, muss das Vollbild eines Delirs intensivmedizinisch betreut werden.

Kasuistik: Wie ging es weiter?

Unter der Gabe von Diazepam und Catapresan® ging es dem Patienten subjektiv gut und er konnte auch nachts wieder durchschlafen. Mit der Maßgabe der weiteren strikten Alkoholkarenz wurde er einer Suchtberatungsstelle vorgestellt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. P. Kokott, Facharzt für Allgemeinmedizin, Stormstr. 21, D-38226 Salzgitter