

Prävalenz und Risikofaktoren

Delir bei kritisch kranken COVID-19-Patienten

Fragestellung: Was sind modifizierbare Delir-Risikofaktoren bei COVID-19-Patienten auf der Intensivstation?

Hintergrund: COVID-19-Infektionen rufen insbesondere bei schwer erkrankten Patienten eine relevante zerebrale Dysfunktion hervor. In retrospektiven Analysen zeigte sich bei COVID-19-Patienten eine Delirprävalenz von 84 %, die damit deutlich höher ist als bei anderen kritischen Erkrankungen.

Patienten und Methodik: Die multizentrische Kohortenstudie schloss 2.088 Patienten (Durchschnittsalter 64 Jahre) ein, die mit einer COVID-19-Infektion auf eine Intensivstation aufgenommen wurden. Die primären Endpunkte waren die Prävalenz eines Delirs und/oder eine anhaltende Vigilanzminderung.

Pun BT, Badenes R, Heras La Calle G et al. Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): A multicentre cohort study. *Lancet Respir Med* 2021; 9: 239–50

Zudem wurden die damit verbundenen Risikofaktoren analysiert und die Prädiktoren für die Anzahl der ohne Delir oder Koma überlebten Tage analysiert.

Ergebnisse: Bereits am Tag der Aufnahme auf die Intensivstation wurden 66,9 % der Patienten mechanisch beatmet, zu irgendeinem Zeitpunkt während des Klinikaufenthalts waren es 87,5 %. Bei 81,6 % bestand im Mittel zehn Tage eine Vigilanzminderung, bei 54,9 % ein Delir > 3 Tage. Mechanische Beatmung, Fixierungen, Benzodiazepin-, Opioid- und Vasopressorinfusionen sowie Antipsychotika waren mit höherem Delir-Risiko am Folgetag assoziiert (alle $p \leq 0,04$), während Familienbesuche (persönlich oder virtuell) das Risiko reduzierten ($p < 0,0001$). Während des 21-tägigen Studienzeitraums waren die Patienten im Mittel nur fünf Tage ohne Delir oder Vigilanzminderung. Eine Assoziation mit dem Auftreten eines Delirs zeigte sich für höheres Alter, höhere SAPS-II-Scores bei Aufnahme, männliches Geschlecht, Rauchen oder Alkoholmissbrauch, Vasopressoren an Tag 1 und eine invasive mechanische Beatmung (alle $p < 0,01$). 28,8 % der Patienten starben innerhalb von 28 Tagen nach der Klinikaufnahme.

Schlussfolgerung: Die Autoren folgern, dass es einfach zu modifizierende Risikofaktoren gibt, um ein Delir bei kritisch kranken COVID-19-Patienten und die damit verbundenen Folgen zu verhindern.

– Kommentar von Thomas Duning, Bremen

Gibt es ein „COVID-Delir“?

Die Studie besticht durch die hohe Zahl von Intensivpatienten mit vollständigen Datensätzen und ernster COVID-19-Erkrankung. Dennoch bin ich enttäuscht: Es bleibt die Frage, ob die Ergebnisse tatsächlich Rückschlüsse auf Neuigkeiten zulassen.

Das Delir hat es grundsätzlich schwer, weil es aufgrund der zum Teil unspezifischen Symptome und den multifaktoriellen pathophysiologischen Ätiologien keinem einzelnen Fachgebiet und auch keiner Profession klar zuzuordnen ist. Oft erfolgt eine Überdiagnostik, zudem werden wenig pharmazeutische Standards bereitgestellt. Nun hat es das Delir COVID-bedingt in ein hochrangiges Journal geschafft, was mich aufgrund der Häufigkeit und Präsenz im neurologischen Klinikalltag sehr freut. Die Ergebnisse sind aber sicher nicht neu.

Obwohl es wahrscheinlich eine COVID-Neurotropie gibt, bleibt unklar, ob es ein spezifisches „COVID-Delir“ gibt. Diese Studie lässt hierzu keine Rückschlüsse zu. Eine Delirprävalenz von knapp > 50 % bei sehr schwer erkrankten, älteren Intensivpatienten ist nicht hoch! Zudem gab es kein Vergleichskollektiv, also ältere Intensivpatienten ohne COVID-Infektion. Für den klinischen Alltag ist es wahrscheinlich wenig sinnvoll, das Delir weiter zu spezifizieren, wie zum Beispiel auch das „postoperative Delir“ oder ein „septisches Delir“. Ein Delir ist eine akute Neurotransmitterdysbalance, basierend auf einer organischen Genese. Es ist häufig und hat eine erhebliche medizinische Relevanz (die Mortalität bei Älteren entspricht der eines Myokardinfarkts). Deshalb ist es wichtig, diagnostische und therapeutische Delirstandards bereit zu halten.

Die Ergebnisse der Studie unterstreichen jedoch eindrücklich Bekanntes bezüglich Therapie und Risikofaktoren, zum Beispiel, dass bei älteren Patienten Benzodiazepine vermieden werden sollten, und es neben der spezifischen Pharmakotherapie des Delirs relevante nicht pharmazeutische Interventionen gibt. Insbesondere bei älteren Patienten mit Delir auf Intensivstationen gibt es gute Daten zum Dexmedetomidin als Alternative, zudem weiß man inzwischen, dass Haloperidol und andere hochpotente Neuroleptika bei älteren Delirpatienten wahrscheinlich keine ausreichende Wirkung haben.

Fazit: Auf Intensivstationen benötigt es spezifische pharmazeutische und auch nicht pharmakologische Standards zu Prävention und Therapie des Delirs, egal ob es durch COVID oder durch andere Ätiologien ausgelöst wurde. Eine COVID-spezifische Delir ist eher ein akademisches Konstrukt, was bei der symptomatischen Delirtherapie kaum eine Rolle spielen wird.



Prof. Dr. med. Thomas Duning, Bremen

Chefarzt der Klinik für Neurologie, Klinikum Bremen-Ost

E-Mail: Thomas.duning@gesundheitsnord.de

Hier steht eine Anzeige.

