

SOP Somatische Diagnostik bei Delir

Charles-Arnold Timäus, Thorsten Folsche, Dirk Wedekind



Das Delir stellt als unspezifisches, hirnanorganisches Krankheitsbild einen akuten interdisziplinären Notfall dar. Für die Prognose sind das frühzeitige Erkennen und die Behandlung von potenziell behandelbaren Risikofaktoren und Ursachen entscheidend.

Einleitung

Das Delir ist ein medizinischer Notfall, aber grundsätzlich reversibel. Ursächlich ist eine akute Störung der zerebralen Funktionen. Leitsymptome sind Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit. Weiterhin sind Orientierungs-, Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Störungen der Psychomotorik und des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie des Gedächtnisses typisch. Der fluktuierende Verlauf verzögert nicht selten die Diagnosestellung. Dem Delir liegen immer eine oder gleichzeitig mehrere organische Ursache(n) zugrunde. Es gilt daher, insbesondere lebensbedrohliche Zustände zügig festzustellen, da das Delir mit einer erhöhten Mortalität verbunden ist [1].

Merke

Patienten mit einer akuten Störung des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit und der Orientierung sind immer hinsichtlich eines Delirs abzuklären! Es muss bis zum Beweis des Gegenteils von einer lebensbedrohlichen Ursache ausgegangen werden!

Diagnosekriterien (s. ► Tab. 1) und Differenzialdiagnosen (s. ► Tab. 2)

Die Diagnose erfolgt stets nach klinischen Kriterien. Als Goldstandard werden die ICD-10- oder DSM-5-Kriterien herangezogen. Im ICD-10 wird das Delir im Rahmen suchstoffgebundener Entzugssyndrome gesondert codiert (F1x.4: Entzugssyndrom mit Delir).

Das klinische Bild umfasst hauptsächlich 3 Formen, wobei die hypoaktive (72%) und Mischform (15%) häufiger als die hyperaktive Form sind [2]. Die zwei erstgenannten Formen werden regelmäßig verkannt und verspätet behandelt, weshalb sich verschiedene Screeningtests etabliert haben, die zu einer frühen Diagnosestellung beitragen.

In der Infobox sind eine Auswahl von Testverfahren aufgeführt. Zu beachten ist, dass die Screeningverfahren im jeweils dafür vorgesehenen Versorgungsbereich (IMC, Intensivstation, Normalstation) validiert wurden:

INFOBOX

- CAM (Confusion Assessment Method) [3]
- 3D-CAM [4]
- CAM-S (mit Bestimmung des Schweregrades) [5]
- CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) [6]
- ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) [7]
- NU-DESC (Nursing Delirium Screening Scale) [8]

Die Abgrenzung des Delirs von anderen neuropsychiatrischen Krankheitsbildern (s. ► Tab. 2) gestaltet sich häufig schwierig. Das akute Auftreten (innerhalb von Stunden bis Tage) oder schnelle Veränderungen von Störungen der Aufmerksamkeit, des Bewusstseinsgrades und der kognitiven Funktionen (oft mit einer Verschlechterung in der Nacht) lassen allerdings in erster Linie an ein Delir denken [9].

Merke

Um die Diagnose eines Delirs nicht zu verzögern, sind bei Risikopatienten neben einer Basisuntersuchung auch regelmäßige Verlaufsuntersuchungen mit standardisierten Testverfahren dringend zu empfehlen!

Vorschlag zum diagnostischen Vorgehen bei Delirverdacht

In diesem Abschnitt stellen wir einen möglichen Algorithmus zur Diagnostik bei Delirverdacht vor (► Abb. 1). Die mit Ziffern gekennzeichneten Arbeitsschritte werden im Text näher erläutert.

► Tab. 1

ICD-10	DMS-5 (deutsche Ausgabe 2015, Hogrefe)
Ein ätiologisch unspezifisches hirnganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins einerseits und mindestens zwei der nachfolgend genannten Störungen andererseits:	Eine Störung der Aufmerksamkeit (d. h. Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einzelne Stimuli zu richten, zu fokussieren, aufrechtzuhalten und gezielt zu wechseln) und des Bewusstseins (verminderte Orientierung in der Umgebung).
Störungen der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität oder des Schlaf-Wach-Rhythmus.	Das Störungsbild entwickelt sich innerhalb eines kurzen Zeitraumes (gewöhnlich innerhalb weniger Stunden oder Tage), stellt eine Veränderung des ursprünglichen Aufmerksamkeits- und Bewusstseinszustandes dar und Schweregrad fluktuiert meist im Tagesverlauf.
Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer.	Eine zusätzliche Beeinträchtigung kognitiver Funktionen (z. B. Beeinträchtigung des Gedächtnisses, Desorientiertheit, Störung des Sprachgebrauches, der visuell-räumlichen Fähigkeiten oder der Wahrnehmung).
F05.0 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt, ohne Demenz	Die Störungsbilder aus den Kriterien A und C können nicht besser durch eine andere, vorbestehende, gesicherte oder sich entwickelnde NCD erklärt werden, und sie treten nicht im Kontext einer stark reduzierten bzw. fehlenden Wachheit, wie dem Koma, auf.
F05.1 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt, bei Demenz	Es gibt Hinweise aus der Vorgeschichte, körperlichen Untersuchung oder Laboruntersuchungen darauf, dass das Störungsbild die direkte körperliche Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors, einer Substanzintoxikation oder eines Substanzenzuges (z. B. durch Substanzen mit Missbrauchspotenzial oder durch die Einnahme eines Medikaments) oder Folge der Exposition gegenüber einem Toxin oder durch multiple Ätiologien verursacht ist.
F05.8 Delir mit gemischter Ätiologie	
F05.9 Delir, nicht näher bezeichnet	

► Tab. 2 Wichtige Differenzialdiagnosen des Delirs, zusammengestellt nach Oh et al. [9].

	Delir	Demenz	Depression	Psychose
akuter Beginn	+	–	–	±
Aufmerksamkeitsstörung	+	±	±	±
Bewusstseinsstörung	+	–	–	–
desorganisiertes Denken	+	±	–	+
Störung der Psychomotorik	+	±	+	+
Orientierungsstörung	+	+	–	–
Halluzinationen	± (optisch)	±	–	± (akustisch)

± kennzeichnet, dass das Merkmal vorhanden sein kann.

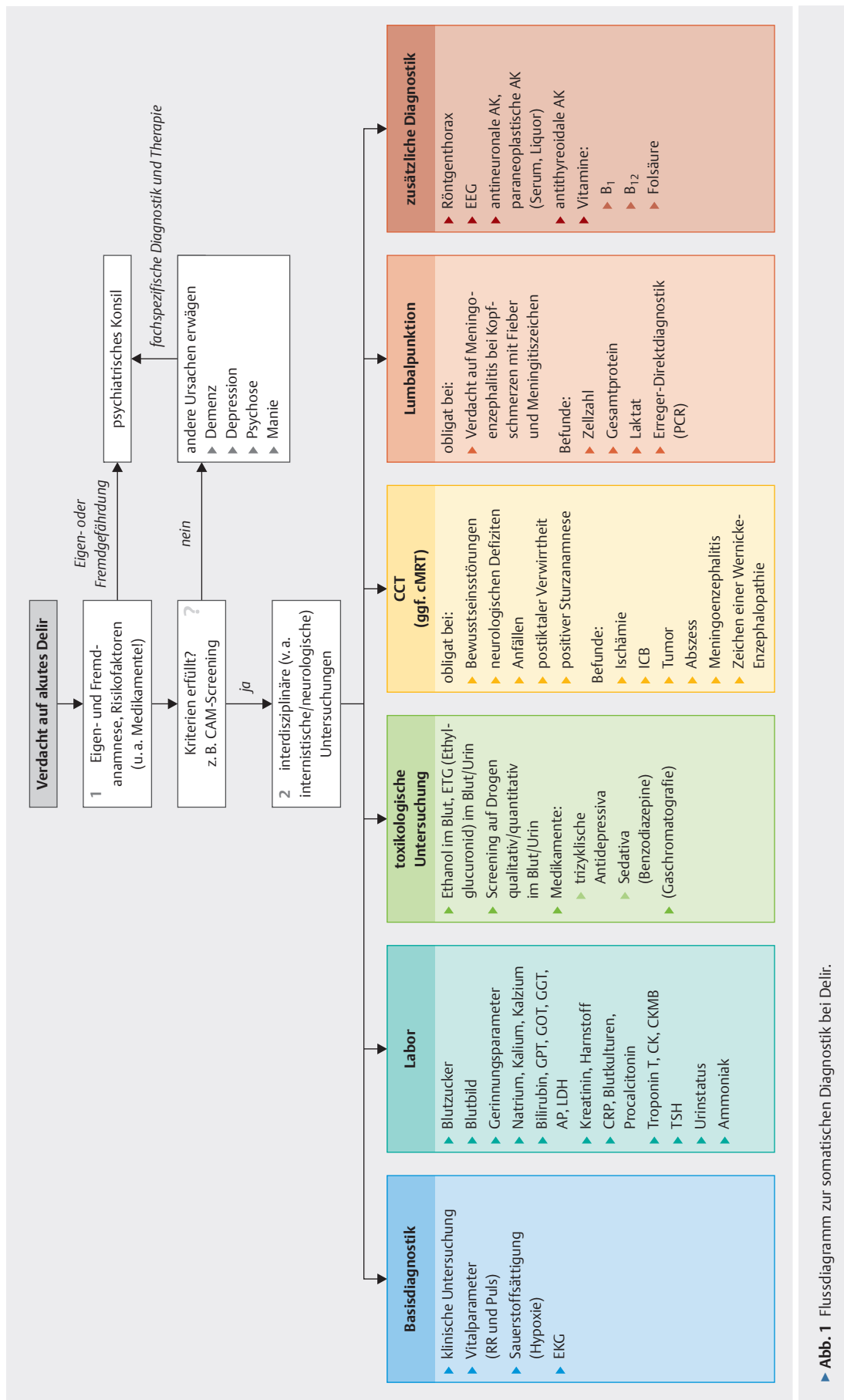
1. Die Anamnese und insbesondere die Fremdanamnese (z. B. bei intensiv- und beatmungspflichtigen Patienten, fehlende Kommunikationsmöglichkeiten) dient der Identifizierung möglicher Ursachen- und Risikokonstellationen.

a) Risikofaktoren sind u. a. [9, 10]

- Polypharmazie [11] (v. a. anticholinerge Substanzen, Benzodiazepine, Opioid-Analgetika). In der Priscus-Liste sind ungünstige, ggf. delirogen wirkende Medikamente aufgeführt [12]
- höheres Lebensalter (> 70 J.), Komorbidität und Multimorbidität (z. B. zerebraler Insult, kardio-

vaskuläre Erkrankung, Diabetes u. a.) sowie höherer Schweregrad der Erkrankungen, Schlafstörungen/-entzug, Dehydratation, Mangelernährung, vorbestehendes kognitives Defizit, Immobilität, chronische Schmerzen (Harn- und Stuhlverhalt), Seh- und Hörstörungen und schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol.

- Postoperative (Kardiotomie, Hüft-TEP), intensivpflichtige und (invasiv) beatmete Patienten (z. B. Patienten mit schweren Verbrennungen)



▶ **Abb. 1** Flussdiagramm zur somatischen Diagnostik bei Delir.

2. Die multifaktorielle Genese des Delirs macht eine interdisziplinäre Herangehensweise erforderlich (angepasst nach [9, 10, 13]):

- a) In der Basisuntersuchung sollte auf Zeichen der Mangelernährung, einer Exsikkose sowie insbesondere auf Spätfolgen einer Störung durch übermäßigen Alkoholkonsum (Foetor alcoholicus, Lebervergrößerung, Gerinnungsstörung, Ikterus, häufig Polyneuropathie und zerebelläre Ataxie geachtet werden. Sturz- und Stoßverletzungen.
- b) Es finden sich oft Laborveränderungen bei alkoholbezogenen Störungen: MCV-Erhöhung, Leberwert-erhöhungen, erhöhtes Bilirubin, Gerinnungsstörungen, Anämie, Thrombozytopenie und ggf. erhöhtes Ammoniak bei hepatischer Enzephalopathie.
- c) Bei Verdacht auf Intoxikationen oder Entzugssyndrome im Zusammenhang mit Substanzen oder Suchtstoffen sollten entsprechende toxikologische Untersuchungen durchgeführt werden. Die Verbreitung von „Designer-Drogen“ machen den niedrigschwelligen Einsatz von gaschromatografischen Analysen sinnvoll.

Merke

Urintoxikologische Untersuchungen sind bei sachgemäßer Asservierung der Probe im Verlauf möglich!

- d) Weitere Ursachen: Elektrolytstörungen, hypoglykämische Zustände, hepatische o. urämische Enzephalopathien, Infektionen/Sepsis, Hypoxie (z.B. Pneumonie), Myokardinfarktfrühzeichen, hypertensive Enzephalopathie bzw. ein posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom (PRES), endokrinologische Ursachen (Hypo- oder Hyperthyreose).
- e) Bei Hinweisen auf potenziell behandelbaren ZNS-Prozess (Bewusstseinsstörung, Anfälle, neurologische Defizite, Sturzanamnese) sollte eine zerebrale Bildgebung und ggf. eine Lumbalpunktion bei infektiösen oder entzündlichen Erkrankungen erfolgen.
- f) Ein EEG dient bei entsprechendem Verdacht zum Ausschluss eines nonkonvulsiven Status. Allgemeinveränderungen sind beim Delir sehr häufig zu finden.
- g) Die mit Vitamin-B₁-Mangel assoziierte Wernicke-Enzephalopathie ist ein schweres aber durch schnelle Substitution gut behandelbares akutes neurologisches Krankheitsbild. Bei entsprechenden Risikofaktoren (Alkoholanamnese) sollte daran gedacht werden.

- h) Weiterführende Bestimmung von Autoantikörper (antineuronale, paraneoplastische Antikörper), z. B. NMDA-Antikörper-vermittelte limbische Enzephalitis bei akuten bis subakuten neuropsychiatrischen Symptomen (Kognitionsdefizite, Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen, neurologische Defizite, epileptische Anfälle). Antithyreoidale Antikörper bei v. a. Hashimoto-Enzephalopathie.

Interessenkonflikt

Dirk Wedekind war Berater für die Firma Servier und Referent für die Firma Pfizer.

Autorinnen/Autoren



Charles-Arnold Timäus

Dr. med., 2002–2008 Studium der Humanmedizin in Göttingen. 2008–2016 Facharztweiterbildung in der Klinik für klinische Neurophysiologie (Universitätsmedizin Göttingen), Facharzt für Neurologie 2016, Promotion 2012. Seit 2016 Arzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen (Neurostimulation/Gerontopsychiatrie).



Thorsten Folsche

Assistenzarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UMG. Studium der Humanmedizin in Göttingen (Examen 2012) und Affektive Neurowissenschaften in Maastricht (Abschluss 2020). Aktuell Stationsarzt der Sucht-Tagesklinik.



Dirk Wedekind

Prof. Dr. med., Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UMG. Studium der Humanmedizin in Göttingen und Affektive Neurowissenschaften in Maastricht. Promotion 2000, Habilitation 2011 zur Neuroendokrinen Stressachse bei der Panikstörung. Leitung des Bereichs Suchtmedizin und Angsterkrankungen der Klinik.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dirk Wedekind, M.Sc.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
dirk.wedekind@med.uni-goettingen.de

Literatur

- [1] McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M et al. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med* 2002; 162: 457–463
- [2] Chaiwat O, Chanidnuan M, Pancharoen W et al. Postoperative delirium in critically ill surgical patients: incidence, risk factors, and predictive scores. *BMC Anesthesiol* 2019; 19: 39. doi:10.1186/s12871-019-0694-x
- [3] Wei L, Fearing M, Sternberg E et al. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc* 2008; 55: 823–830. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x
- [4] Marcantonio ER, Ngo LH, O'Connor M et al. 3D-CAM: Derivation and validation of a 3-minute diagnostic interview for CAM-defined delirium: a cross-sectional diagnostic test study. *Ann Intern Med* 2014; 161: 554–561. doi:10.7326/M14-0865
- [5] Khan BA, Perkins AJ, Gao S et al. The confusion assessment method for the ICU-7 delirium severity scale: a novel delirium severity instrument for use in the ICU. *Crit Care Med* 2017; 45: 851–857. doi:10.1097/CCM.0000000000002368
- [6] Ely EW, Inouye SK, Bernard GR et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001; 286: 2703–2710
- [7] Radtke FM, Franck M, Oppermann S et al. [The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)–translation and validation of intensive care delirium checklist in accordance with guidelines]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2009; 44: 80–86. doi:10.1055/s-0029-1202647
- [8] Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F et al. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the Nursing Delirium Screening Scale. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 368–375
- [9] Oh ES, Fong TG, Hshieh TT et al. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA* 2017; 318: 1161–1174. doi:10.1001/jama.2017.12067
- [10] Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *Eur J Anaesthesiol* 2017; 34: 192–214. doi:10.1097/EJA.0000000000000594
- [11] Hein C, Forgues A, Piau A et al. Impact of polypharmacy on occurrence of delirium in elderly emergency patients. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15: 850.e11–850.e15. doi:10.1016/j.jamda.2014.08.012
- [12] Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medication in the elderly – PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 543–551. doi:10.3238/arztebl.2010.0543
- [13] Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Alkoholdelirium und Verwirrheitszustände. Im Internet <https://www.dgn.org/leitlinien/3056-II-85-II-alkoholdelir-und-verwirrheitszustae-nde>; Stand: 21.06.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0884-5896>
 PSYCH up2date 2019; 13: 454–458
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 2194-8895