

Die drei psychiatrischen D der Geriatrie

Demenz, Depression, Delir

Bei geriatrischen Patienten sind die psychiatrischen Diagnosen Demenz, Depression und Delir häufig anzutreffen. Ausserdem gibt es zum einen Überschneidungen, was die Symptomatik betrifft, sodass es zu Verwechslungen kommen kann. Zum anderen können mehrere dieser Krankheitsbilder parallel vorkommen.

Ein pathologischer Mini-Mental-Status-Test (MMST) messe kognitive Defizite, was aber mehrere Ursachen haben könne, erklärte Dr. med. Matthias Bach, Geriatrische Klinik, St.-Elisabethen-Krankenhaus, beim FOMF-Refresher Allgemeinmedizin (FOMF: Forum für Medizinische Fortbildung). Möglicherweise liegt eine Demenz, ein Delir oder auch eine Depression vor.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Ein Delir kann sich langfristig auswirken und funktionelle Einschränkungen nach sich ziehen.
- ▶ Eine Hyponatriämie kann ein Delir fördern oder als Folge eines Delirs entstehen.
- ▶ Depression und Demenz treten oft parallel auf.

Delir

«Delirare» kommt aus dem Lateinischen und bedeutet «aus der Spur geraten». Das Delir ist ein organisches Psychosyndrom mit Störungen von:

- ▲ Aufmerksamkeit
- ▲ Gedächtnis
- ▲ Orientierung
- ▲ Wahrnehmung
- ▲ Psychomotorik und Verhalten
- ▲ Schlaf.

Man schätzt, dass 10 bis 24 Prozent der Patienten im Spital ein Delir entwickeln, besonders häufig auf Intensivstationen, bei alten Patienten mit Hüftfrakturen (ca. 50%) und bei etwa der Hälfte der Patienten mit Demenz. Umgekehrt weisen 25 bis 50 Prozent aller deliranten Patienten eine Demenz auf.

Ein Delir hat gravierende Folgen: Der Spitalaufenthalt verlängert sich, die Mortalität steigt (ein Viertel der Delirpatienten stirbt innerhalb von 3 bis 4 Monaten, wobei die Mortali-

Kasten 1:

Entstehung eines Delirs, Faktoren absteigend geordnet von hoher bis niedriger Bedeutung

Vulnerabilität

- ▲ hohes Lebensalter
- ▲ Demenz
- ▲ somatische Komorbidität
- ▲ Hörbehinderung
- ▲ Sehbehinderung
- ▲ Dehydratation
- ▲ Anämie
- ▲ Malnutrition
- ▲ niedriges Serumalbumin
- ▲ Depression, Ängstlichkeit
- ▲ Alkoholismus
- ▲ Benzodiazepingebrauch
- ▲ leichte kognitive Störung
- ▲ Einsamkeit

Noxe

- ▲ chirurgischer Eingriff
- ▲ Anticholinergika
- ▲ Intensivpflichtigkeit
- ▲ Reoperation
- ▲ Organversagen
- ▲ Hypo- und Hyperglykämie
- ▲ arterielle Hypertonie
- ▲ akute Infektion
- ▲ Hyponatriämie
- ▲ Entzugssyndrom
- ▲ psychoaktive Medikamente
- ▲ Störung des Biorhythmus
- ▲ Immobilisation
- ▲ fremde Umgebung

Kasten 2:

Pharmaka, die delirfördernd wirken können

- ▲ Neuroleptika
- ▲ Trizyklika
- ▲ Spasmolytika
- ▲ Antihistaminika
- ▲ H2-Blocker
- ▲ Ophthalmologika
- ▲ Anti-Parkinson-Mittel
- ▲ Analgetika (z. B. Opiate, nicht steroidale Antirheumatika [NSAR])
- ▲ Antikonvulsiva
- ▲ Antibiotika (z. B. Gyrasehemmer)
- ▲ Benzodiazepine, Z-Substanzen
- ▲ Digoxin
- ▲ Kortikoide

tät höher ist, als durch die Grunderkrankung zu erwarten wäre). Ein Delir kann sich auch langfristig auswirken, funktionelle Einschränkungen nach sich ziehen und einen Trigger für eine demenzielle Entwicklung darstellen. Nur etwa die Hälfte der Fälle ist reversibel.

Wodurch wird ein Delir ausgelöst? Es gibt zum einen Prädispositionen, zum anderen exogene Einflüsse (Noxen; vgl. *Kasten 1*). Ausserdem können sich bestimmte Medikamente delirfördernd auswirken (*Kasten 2*).

Beim Delir findet man häufig Elektrolytstörungen, insbesondere die Hyponatriämie spielt eine grosse Rolle. Umgekehrt kann sich eine Hyponatriämie infolge eines Delirs entwickeln. Deshalb solle man bei geriatrischen Patienten immer ein Auge auf das Natrium haben, empfahl Bach. Auch Stoffwechsellstörungen wie Hyper- oder Hypoglykämie, Nieren- oder Leberinsuffizienz oder Sauerstoffmangel fördern ein Delir. Bei jedem Delir sollte man auf jeden Fall zeitnah eine Computertomografieaufnahme anfertigen, weil ein akutes Delir durch eine zerebrale Ischämie oder eine Hirnblutung ausgelöst sein kann. Denken sollte man immer an die hypoaktive Form des Delirs, die recht häufig vorkommt, besonders bei Frauen. Diese Delirform wird häufig als Depression verkannt, weil die Patienten nicht agitiert, sondern eher teilnahmslos sind. Oft sind es die Angehörigen, die den Arzt darauf aufmerksam machen, dass zum Beispiel «die Mutter so anders ist als früher». «Dieses Korrektiv fehlt uns jetzt in Coronazeiten oft, in denen keine Besuche stattfinden dürfen», bedauerte Bach.

Welche medikamentösen Möglichkeiten gibt es beim Delir? Neuroleptika verschlechtern aufgrund ihrer anticholinergen Nebenwirkungen unter anderem die Kognition, teilweise erhöhen sie das kardiopulmonale Risiko. Allgemein gilt: Nur so kurz wie möglich ansetzen und niedrig dosieren! Bei Unruhe verabreicht Bach gern Pipamperon (Dipiperon®) in einer niedrigen Dosierung (10 mg oder 2,5 ml), weil es ganz wenig Arzneimittelinteraktionen aufweist. Wenn der Patient eher agitiert und aggressiv ist, empfiehlt er Risperidon in niedriger Dosierung (0,25–0,5 mg). Bei Schlafstörungen, Ängsten und Appetitlosigkeit könne man manchmal mit Mirtazapin gute Erfolge erzielen, so Bach.

Depression und Demenz

Zum Basisassessment gehört das Screening mit der geriatrischen Depressionsskala (GDS) nach Yesavage. Sie beinhaltet 15 Ja-Nein-Fragen. Ab 6 mit Ja beantworteten Fragen liegt eine Depression nahe. Die Sensitivität und die Spezifität sind mit jeweils 65 Prozent mässig. Des Weiteren gibt es das Depressionsscreening nach Lachs et al. mit einer einzigen Frage: «Fühlen Sie sich häufig traurig oder niedergeschlagen?» Es hat eine ähnlich hohe Sensitivität und Spezifität. Bei eingeschränkter Kognition lassen sich diese Tests allerdings schwer bewerten.

Die Depression ist die häufigste Erkrankung im hohen Lebensalter, sogar noch häufiger als die Demenz. Eine Major Depression findet man gemäss der Berliner Altersstudie bei Patienten in höherem Alter in 1 bis 5 Prozent der Fälle, häufig wird sie nicht diagnostiziert. Eine Vermischung ist häufig: Man findet ein Demenzsyndrom oft bei depressiven Patienten und umgekehrt. Bei der Verordnung von Antidepressiva gilt es einige Besonderheiten der verschiedenen Substanzen zu beachten (vgl. *Tabelle*).

Tabelle:

Besonderheiten verschiedener Antidepressiva

Wirkstoff	Besonderheiten
Trizyklika, z. B. Doxepin, Amitriptylin	<ul style="list-style-type: none"> ▲ ungeeignet für geriatrische Patienten aufgrund des NW-Profiles ▲ Verschlechterung der Kognition! ▲ Harnverhaltrisiko ▲ nicht einsetzen, ausser zur Schmerztherapie
SSRI wie Sertralin oder Escitalopram	<ul style="list-style-type: none"> ▲ besser verträglich als Trizyklika ▲ Problem sind zahlreiche NW und Arzneimittelinteraktionen ▲ Hyponatriämiegefahr, EKG-Veränderungen (verlängerte QT-Zeit)
Noradrenerge Antidepressiva, z. B. Venlafaxin	<ul style="list-style-type: none"> ▲ stark antriebssteigernd (cave: Suizid), vorher psychiatrisches Konsil sinnvoll ▲ geringe Hyponatriämiegefahr
kombinierte noradrenerge Antidepressiva und SSRI: Mirtazapin	<ul style="list-style-type: none"> ▲ für geriatrische Patienten ++ ▲ schneller Wirkeintritt ▲ 7,5 mg oft ausreichend ▲ wirkt schlaffördernd, appetitsteigernd

NW: Nebenwirkungen, SSRI: selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, EKG: Elektrokardiogramm

Fallbeispiel: Delir mit Folgen

Ein 82-jähriger Patient mit vorbekannter Demenz entwickelt 9 Tage nach einer elektiven Hüfttotalendoprothesenoperation Symptome eines Delirs mit nächtlicher Unruhe, Desorientiertheit, Konzentrationsschwäche und hyperaktiv agiertem Verhalten. Zunächst wird eine Therapie mit Risperidon und Oxazepam begonnen. Leider entwickelt sich dann eine Wundheilungsstörung, die letztlich eine Revisionsoperation notwendig macht. Die antibiotische Therapie gestaltet sich schwierig. Nach 3 verschiedenen Antibiotika wird der

Patient zwar letztlich fieberfrei, entwickelt dann aber eine Diarrhö. Er muss insgesamt 11 Wochen stationär bleiben und stürzt in dieser Zeit 3-mal. Wegen anhaltend latenter Aggressivität und paranoider Gedanken müssen über längere Zeit Risperidon und vorübergehend Haloperidol eingesetzt werden. Kurz vor der Entlassung entwickelt er dann noch eine Tachyarrhythmia absoluta mit akuter Lungenstauung, die sich mit forcierter Diurese und Frequenzkontrolle mit Beta-blockern schliesslich in den Griff bekommen lässt. Schliesslich kann der Patient selbstständig am Stock die Klinik verlassen.

Kasten 3:

10 wichtige Regeln für die Pharmakotherapie bei geriatrischen Patienten

1. Indikation genau stellen
2. auf adäquate Dosis achten
3. keine halben Tabletten
4. Kombinationspräparate?
5. Einmaldosierungen bevorzugen (start low, go slow)
6. möglichst nicht mehr als 5 verschiedene Medikamente
7. keine Experimente
8. keine Laborkosmetik
9. Absetzen möglich?
10. Wer hilft, wer überwacht?

Fazit

Dieser komplizierte Verlauf hätte zu verschiedenen Zeitpunkten fatal enden können. Die Gespräche mit den Angehörigen waren sehr schwierig. Denn sowohl die Ehefrau als auch die Tochter hatten mit einem solchen Verlauf überhaupt nicht gerechnet. Der Rat von Bach lautete daher, bei elektiven Eingriffen unbedingt einen Risikocheck zu machen und das Für und Wider mit dem Patienten und den Angehörigen gut abzustimmen. Dass bei dieser Konstellation ein relativ hohes Risiko für ein Delir bestand, hätte kommuniziert werden müssen. ▲

Vera Seifert

Dieser Artikel erschien erstmals in «doctors today» 4/22. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.