

Delirium o sindrome confusionale

- Presenza di alterazioni della coscienza e delle funzioni cognitive, che si sviluppano in un breve arco di tempo, generalmente ore o giorni, e tendono a fluttuare nell'arco della giornata, con una maggiore gravità nelle ore serali e notturne.
- Il termine delirium non è comune in alcuni ambienti di medicina interna, dove è più frequente la denominazione “stato confusionale acuto o subacuto”

Termini più frequentemente utilizzati per indicare il Delirium

- Stato confusionale
- Sindrome cerebrale acuta
- Sindrome cerebrale organica
- Sindrome encefalica acuta
- Reazione organica acuta
- Psicosi organica acuta
- Insufficienza cerebrale
- Encefalopatia metabolica
- Encefalopatia tossica
- Stato onirico

Principali cause cerebrali del delirium

- **Traumi cranici**
- **Patologie infettive** (per esempio, meningite batterica ed encefaliti virali)
- **Patologie vascolari** (per esempio, attacchi ischemici transitori ed encefalopatia ipertensiva)
- **Processi endocranici occupanti spazio** (per esempio, neoplasie cerebrali, ascessi, aneurismi ecc.)

Principali cause extracerebrali del delirium

- **Insufficienza epatica, renale, polmonare o pancreatica**
- **Stati ipossici o ipoglicemici**
- **Disturbi dell'equilibrio elettrolitico e idrico** (per esempio, disidratazione, acidosi, ipercalcemia, ipocalcemia ecc.)
- **Deficienze vitaminiche** (in particolare di vitamina B12, B6 e folati)
- **Malattie endocrine** (per esempio, ipertiroidismo, ipotiroidismi, iperipituitarismo ecc.)
- **Infezioni sistemiche** (per esempio, mononucleosi infettiva, malaria, polmoniti, infezioni del tratto urinario negli anziani)
- **Intossicazioni da farmaci** (in particolare, anticolinergici, antiepilettici, digitale, cimetidina, analgesici, antipertensivi e antiaritmici, interferone e oppiacei)
- **Intossicazione da alcool**
- **Astinenza da alcool e sedativi**
- **Insulti da agenti fisici** (per esempio, colpo di calore, ipotermia e danni da radiazioni)

Note di epidemiologia

- Relativamente raro nella popolazione generale: prevalenza dello 0,4% negli adulti al di sopra dei 18 anni e dell'1,1% in quelli al di sopra dei 55 anni.
- Molto più frequente nei soggetti ospedalizzati: il 10% dei pazienti medico-chirurgici e il 40% di quelli geriatrici riceve una diagnosi di delirium durante il ricovero.
- Nei bambini al di sotto dei 6 anni e negli anziani al di sopra dei 75 anni il delirium può verificarsi anche in relazione con patologie mediche relativamente lievi o con l'assunzione di farmaci.

Quadro clinico e decorso

- Le alterazioni a carico della coscienza più spesso coinvolgono l'orientamento temporale (il soggetto crede per esempio che sia giorno in piena notte) o spaziale (confonde l'ospedale con la propria casa)
- Più raramente è compromesso l'orientamento verso sé e verso gli altri
- La capacità di focalizzare, mantenere o spostare l'attenzione è fluttuante
- La memoria a breve termine può essere compromessa.

Quadro clinico e decorso

Possono essere presenti:

- alterazioni del pensiero astratto e della comprensione, con un certo grado di incoerenza e con o senza deliri transitori
- disturbi del linguaggio, in particolare disartria e disnomia
- alterazioni della percezione (illusioni e allucinazioni) più spesso, ma non esclusivamente, a carico della sfera visiva

Quadro clinico e decorso

Possono essere presenti:

- disturbi del ritmo sonno/veglia, con insonnia o inversione del ritmo
- alterazioni psicomotorie, che vanno da stati di iperattività a condizioni di marcata ipoattività
- disturbi della sfera emotiva, con possibile comparsa di ansia, depressione, rabbia, irritabilità, euforia, o paura, talora anche in relazione con le alterazioni della percezione o del pensiero

Quadro clinico e decorso

- In alcuni casi, il quadro clinico è dominato, almeno nelle fasi iniziali da sintomi disforici (umore irritabile, ansia e depressione) e/o da sintomi psicotici (deliri e allucinazioni) che talora inducono il medico a diagnosticare un esordio schizofrenico.
- La sintomatologia può avere un andamento fluttuante con una maggiore severità del quadro clinico di solito nelle ore serali e notturne.

Quadro clinico e decorso

- Il delirium può evolvere favorevolmente con *restitutio ad integrum*, di solito in breve tempo (da alcune ore a qualche settimana) se il fattore eziologico può essere corretto o limitato in tempi brevi
- Una maggiore durata della sindrome, anche fino a sei mesi, si riscontra soprattutto nei casi in cui il delirium insorge nel corso di malattie croniche, quali carcinomi, endocarditi batteriche subacute ed epatopatie croniche
- In alcuni casi il delirium progredisce verso lo stato stuporoso ed infine il coma, con possibile esito fatale
- Nei pazienti ospedalizzati la mortalità varia dall'11% al 65%, in relazione principalmente con la gravità della patologia medica alla base del delirium

Diagnosi differenziale

- Il delirium deve essere distinto in particolare dalla demenza, dalle sindromi psicotiche acute e transitorie e dalle sindromi affettive.

Diagnosi differenziale

- La demenza rappresenta uno dei principali fattori predisponenti del delirium e, non di rado, un disturbo demenziale si presenta con una sindrome confusionale acuta concomitante. In tali casi, la diagnosi di demenza viene posta solo a seguito della parziale risoluzione della sintomatologia confusionale.
- Talora accade che nei pazienti dementi un quadro confusionale, causato dalla somministrazione di farmaci o da patologie internistiche concomitanti, venga attribuito a un peggioramento del processo neuropatologico alla base della demenza, trascurando l'approfondimento diagnostico necessario per un adeguato intervento terapeutico

Diagnosi differenziale

- La presenza di disturbi della percezione e del pensiero può suggerire la presenza di un quadro psicotico acuto
- Gli eventuali sintomi disforici, specialmente se associati a perdita di peso e disturbi del sonno, possono orientare verso la diagnosi di sindrome depressiva.
- La diagnosi differenziale tra delirium e psicosi acute o sindromi affettive richiede un'anamnesi accurata, un'approfondita valutazione del funzionamento cognitivo ed un esame elettroencefalografico, che rivelerà un rallentamento dell'attività di fondo, con la comparsa inizialmente di onde teta e successivamente delta, bilaterali e sincrone.
- La differenziazione rispetto ai quadri depressivi è particolarmente importante perché la somministrazione di antidepressivi triciclici può esacerbare la sintomatologia confusionale.

Trattamento

- Il paziente che presenti uno stato confusionale acuto richiede il monitoraggio continuo delle condizioni mediche. L'ospedalizzazione va perciò presa in considerazione, cercando comunque di favorire la presenza di familiari o amici, poiché ciò rassicura il paziente
- E' importante informare frequentemente il paziente sulle sue condizioni di salute e sulle procedure diagnostiche e terapeutiche pianificate.

Trattamento

- E' indispensabile portare a termine in tempi brevi le procedure diagnostiche opportune, poiché il trattamento delle condizioni alla base dello stato confusionale è un elemento cruciale per la reversibilità del delirium
- Nel frattempo, vanno instaurati adeguati provvedimenti per il mantenimento delle funzioni vitali (adeguata nutrizione, idratazione, ossigenazione, controllo della pressione sanguigna ecc.), e per la gestione degli eventuali disturbi psichici e comportamentali

Trattamento

- Deve essere tempestivamente instaurato il trattamento della patologia che ha causato o precipitato la sindrome confusionale, ponendo attenzione agli effetti collaterali dei farmaci somministrati (anticolinergici, antiepilettici, digitale, cimetidina, analgesici, antipertensivi e antiaritmici, interferone e oppiacei)

Trattamento

- Il farmaco di prima scelta per il trattamento dei disturbi comportamentali, dispercettivi e del pensiero è l'alooperidolo, da somministrarsi a basse dosi (0.5-1 mg bid o tid)
- Solo nel caso di delirium in corso di epatopatia cronica e di disintossicazione da alcool e sedativi sono indicate le benzodiazepine a lunga emivita (ad esempio lorazepam, 1mg bid o tid): nel primo caso perché l'alooperidolo viene metabolizzato a livello epatico, nel secondo perché è elevato il rischio di convulsioni che viene contrastato dalle benzodiazepine, ma verrebbe favorito dall'alooperidolo.

