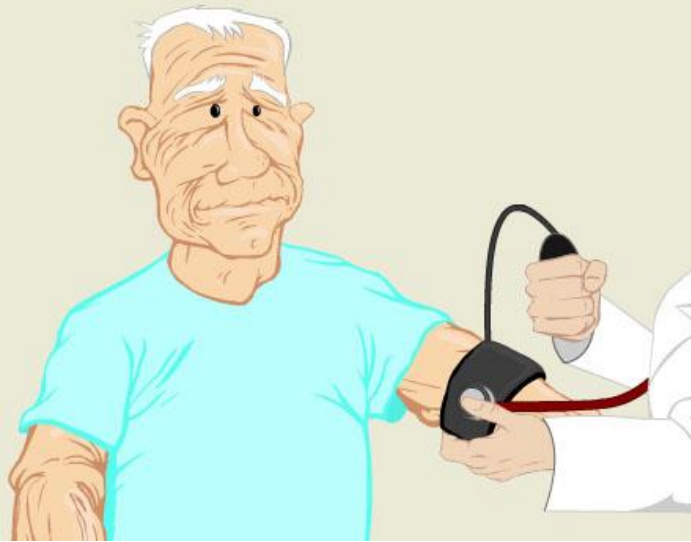


DELIRIUM

Caso clinico



78 anni, ricoverato in reparto di chirurgia per riduzione di ernia inguinale

Pensionato.

Soffre di ipoacusia, declino cognitivo lieve negli ultimi mesi.

Anamnesi positiva per gonartrosi, costipazione, pollachiuria e incontinenza.

Non ha mai fumato o usato alcool.

PA 140/80mmHg; polso 72 b/min ritmico;

Resp. 16/min, regolare; Temp. 36.1°C.

Nessun segno di patologie acute addominali

Prima dell'intervento: è vigile, risponde con frasi brevi.

Nessuna alterazione di rilievo dei parametri ematochimici.

Intervento senza complicanze.

Prima notte tranquilla.

Ore 1:00 - Temp 37.8, lamenta dolore, assume Co-Efferalgal (5 ossicodone/325 paracetamolo) con buona risposta. Iniziano borborigmi.



Ore 4:00: agitato, si strappa la flebo, si alza senza aiuto, urla. Ha frequenti attacchi d'ira e afferma che lo staff gli fa del male.

Viene trovato in un'altra stanza.

A tratti sonnolento.

Viene visitato: bisogna ripetere molte volte le domande per catturare la sua attenzione. Quando risponde l'eloquio è incoerente. Nessun segno neurologico focale.

Confusion Assessment Method (CAM)

Strumento diagnostico semplice per valutare se il paziente è confuso.

Una persona ha probabilmente uno stato di confusione se risponde ai criteri

1 e 2 + 3 o 4 del CAM

Criteri del CAM

- 1. Cambiamento improvviso dello stato mentale con decorso fluttuante**
- 2. Difficoltà a focalizzare l'attenzione**
- 3. Disorganizzazione del pensiero**
- 4. Livelli alterati di coscienza**

Il delirium

Delirium: etimologia

dal latino: *de* = via da *lira* = solco

“essere fuori dal solco”, “uscire dal seminato”,
“vaneggiare”, “farneticare”

Definizione di Delirium

Stato di confusione mentale ad insorgenza ACUTA, con decorso FLUTTUANTE, di BREVE DURATA, (da ore a giorni o mesi), in relazione ad una sofferenza acuta/subacuta del sistema nervoso centrale. Caratterizzato dalla presenza di disturbi dell'attenzione e della coscienza, del pensiero e della memoria, con alterazioni del comportamento psicomotorio, delle emozioni e del ritmo sonno-veglia.

Termini più frequentemente utilizzati per indicare il Delirium

- Stato confusionale acuto o subacuto
- Sindrome cerebrale acuta
- Sindrome cerebrale organica
- Psicosi organica acuta
- Encefalopatia tossica
- Encefalopatia metabolica

Diagnosi di Delirium secondo l'ICD-10

- A.** Alterazione della coscienza e dell'attenzione (con ridotta capacità di dirigere, mantenere e spostare l'attenzione; disorientamento rispetto al tempo e allo spazio e nei casi più gravi rispetto a sé e agli altri).
- B.** Disturbo globale delle funzioni cognitive (distorsioni percettive, illusioni e allucinazioni di solito visive, compromissione del pensiero astratto e della comprensione, con o senza deliri transitori, tipicamente con un certo grado di incoerenza, compromissione della rievocazione immediata e della memoria recente, ma con relativa conservazione della memoria remota).
- C.** Disturbi psicomotori (ipo- o iperattività, con passaggi imprevedibili dall'una all'altra).
- D.** Disturbi del ritmo sonno-veglia (insonnia, inversione del ciclo sonno-veglia, incubi).
- E.** Disturbi della sfera emotiva (depressione, ansia, paura, euforia, irritabilità, apatia).

Diagnosi di Delirium secondo *il DSM-5*

- A.** Alterazione dell'attenzione (ridotta capacità di focalizzare, mantenere e spostare l'attenzione) e della coscienza (riduzione della chiarezza con cui si percepisce l'ambiente).
- B.** Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni), rappresenta un cambiamento rispetto ad una condizione di partenza e ha un decorso fluttuante nel corso della giornata.
- C.** Si associa un ulteriore disturbo cognitivo (es., deficit della memoria, disorientamento, afasia, disturbi della sfera percettiva).
- D.** I disturbi di cui ai criteri A e C non sono meglio spiegati da un preesistente disturbo neurocognitivo e non si verificano in corso di severa compromissione della vigilanza (es., coma)
- E.** C'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo o da altri accertamenti che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione o di una sindrome da astinenza da farmaci o sostanze.

Sottotipi diagnostici secondo il DSM-5

- Delirium dovuto a **condizione medica generale**
- Delirium in corso di **intossicazione** da sostanze
- Delirium in corso di **astinenza** da sostanze
- Delirium dovuto a eziologie **molteplici**
- **Altro** Delirium (es., per i quadri clinici attenuati)
- Delirium **Non Altrimenti Specificato** (es., nei casi in cui non si conosce la condizione di partenza, come nelle situazioni di emergenza, e non si può escludere che il quadro clinico rappresenti l'evoluzione di un altro disturbo neurocognitivo)

Possibili cause di delirium

CAUSE CEREBRALI:

- Traumi cranici
- Patologie vascolari (infarti o emorragie cerebrali)
- Patologie infettive (meningiti, encefaliti)
- Encefaliti ed encefalopatie in malati di AIDS
- Epilessia, stati postaccessuali
- Encefalopatie alcoliche
- Processi endocranici occupanti spazio (neoplasie cerebrali, ascessi, aneurismi)

Possibili cause di delirium

CAUSE METABOLICHE

- Insufficienza respiratoria, epatica, renale o pancreatica
- Ipoglicemia, iperglicemia
- Disturbi dell'equilibrio idro-elettrolitico (disidratazione, iponatremia, ipernatremia, ipocalcemia, ipercalcemia, ..
- Deficienze vitaminiche (Vitamina B12, B6 e folati)
- Malattie endocrine (ipo- e ipertiroidismo, morbo di Addison, Sindrome di Cushing)

Possibili cause di delirium

CAUSE INFETTIVE:

- Qualunque infezione sistemica (per esempio, sepsi, mononucleosi infettiva, malaria, polmoniti, infezioni del tratto urinario negli anziani)

ALTRE MALATTIE SISTEMICHE:

- Lupus Eritematoso Sistemico
- Sindromi paraneoplastiche

Possibili cause di delirium

CAUSE LEGATE A SOSTANZE

✓ Intossicazione da farmaci

I farmaci rappresentano la causa più frequente di Delirium nell'anziano (affetto solitamente da numerose patologie, trattate con altrettanti farmaci). Tutte le sostanze farmacologiche sono in grado di causare Delirium, ma soprattutto i farmaci con attività **anticolinergica** (antidepressivi triciclici, antiparkinsoniani, antipsicotici fenotiazinici, digitale, cefalosporine di terza generazione (es., cefotaxima, cefixima), litio (se litiemia > 2 mEq/L), cortisonici.

- Accurata anamnesi farmacologica (nuovi farmaci iniziati o vecchi farmaci interrotti di recente)

Possibili cause di delirium

CAUSE LEGATE A SOSTANZE

- Intossicazione da allucinogeni e da oppiacei.
- Intossicazioni da monossido di carbonio, solventi, metalli pesanti, tossici industriali
- Intossicazione da alcool
- Astinenza da alcool (DELIRIUM TREMENS)
- Astinenza da sedativi (BDZ negli anziani o nei pazienti con danno cerebrale organico possono dare quadri confusionali sia dopo la somministrazione a dosi terapeutiche, sia per astinenza)

Possibili cause di delirium

CAUSE POST-CHIRURGICHE

- Si manifesta tipicamente in 2°-3° giornata
- E' più frequente dopo interventi complessi (chirurgia aortica, protesi dell'anca, trapianti), in particolare con emorragie (ipossia cerebrale, ipotensione, alterazioni idro-elettrolitiche)
- Uso di farmaci narcotici con attività anticolinergica (Meperidina, Morfina)

Possibili cause di delirium

ALTRE CAUSE

- Insulti da agenti fisici (per esempio, colpo di calore, ipotermia e danni da radiazioni)

Fisiopatologia del delirium

- Ancora poco nota.
- Riconducibile a un danno funzionale più che strutturale del SNC.
- Aree più frequentemente interessate: temporo-occipitale inferiore, parietale destra e prefrontale destra (che sono tutte correlate alla funzione attentiva) + vie neuronali che le connettono.

Fisiopatologia del delirium: ruolo dei neurotrasmettitori

- ACETILCOLINA. Nella maggior parte dei casi la fisiopatologia del delirium è correlata ad una ridotta trasmissione colinergica.
 - Ruolo centrale nel controllo del livello di coscienza (*Sostanza Reticolare Ascendente*) e nella memoria.
 - Le sostanze ad azione anticolinergica peggiorano il delirium.
 - Condizioni mediche che causano il delirium quali ipossia, ipoglicemia, deficienza di tiamina, infezioni, nonché la Malattia di Alzheimer causano una riduzione della sintesi di acetilcolina nel sistema nervoso centrale.

Note di epidemiologia

- Popolazione generale: 0.4% negli adulti al di sopra dei 18 anni; 1.1% in quelli al di sopra dei 55 anni.
- Soggetti **ospedalizzati** (reparti di medicina e chirurgia): 10-30%; pazienti **geriatrici** 15-56%.
- Soggetti ricoverati in reparti di **terapia intensiva**: 60-85%.

Quadro clinico: tipi di delirium

- **Delirium iperattivo o agitato:**

Paziente agitato, irrequieto, iperattivo, irritabile, insonne, con eloquio accelerato, poco collaborativo.

- **Delirium ipoattivo o letargico:**

Paziente torpido, sonnolento, con rallentamento psicomotorio, eloquio rallentato, apatia, aumento della latenza di risposta, ridotta attività psicomotoria.

- **Forma mista:**

Alternanza delle due forme durante il giorno o nell'episodio.

Quadro clinico

Alterazioni dell'attenzione:

- ✓ Disturbi dell'attenzione con facile distraibilità; i pazienti non riescono a mantenere l'attenzione focalizzata e a spostarla adeguatamente: spesso le domande devono essere ripetute, i soggetti perseverano nella risposta a una domanda precedente.
- ✓ La capacità di focalizzare, mantenere o spostare l'attenzione è fluttuante.
- ✓ La compromissione dell'attenzione può dipendere sia da uno stato di ipo- che di iper-arousal, quindi caratterizza qualsiasi tipo di delirio e rappresenterebbe l'aspetto centrale.

Quadro clinico

Disorientamento:

- ✓ Più spesso è compromesso **l'orientamento temporale** (il soggetto crede per esempio che sia giorno in piena notte) o **spaziale** (confonde l'ospedale con la propria casa o con un albergo, o con un altro ospedale che gli è più familiare).
- ✓ Più raramente è compromesso l'orientamento verso sé e verso gli altri, con falsi riconoscimenti.
- ✓ Il disorientamento oscilla nel tempo, con momenti in cui i pazienti appaiono discretamente orientati. Tende a peggiorare di notte.

Quadro clinico

Alterazioni della memoria:

- ✓ E' più intenso il disturbo della memoria a **breve termine**, ma anche in quella a lungo termine ci possono essere errori, vuoti o confusione dei ricordi.

Quadro clinico

Disturbi del linguaggio:

- ✓ Eloquio ridotto con paziente silenzioso ed inibito.
- ✓ Oppure eloquio disorganizzato, sconnesso, spesso divagante e non pertinente, con frequenti spostamenti da un argomento a un altro.
- ✓ Disnomia, con uso di parole “passepartout”.

Quadro clinico

Disturbi del pensiero:

- Forma del pensiero: blocco, incoerenza.
- Contenuto del pensiero: i **deliri**, spesso a sfondo persecutorio, sono transitori, confusi, poco sistematizzati, mutevoli e vengono facilmente dimenticati.

Quadro clinico

Disturbi delle percezioni:

- Sono frequenti, ma non costanti (50-75%). Più frequenti nella forma iperattiva.
- Si tratta di illusioni e allucinazioni, più spesso, ma non esclusivamente, a carico della **sfera visiva**. Talora sono semplici (colori, linee) altre volte anche molto articolate come scene in movimento confuse come se si stesse vedendo un film a velocità elevata.
- Tipiche allucinazioni microzootiche nel Delirium Tremens.

Quadro clinico

Labilità affettiva:

- Frequente perplessità.
- Possono essere presenti ansia, depressione, rabbia, irritabilità, euforia, o paura, talora anche in relazione con le alterazioni della percezione o del pensiero.

Quadro clinico

Alterazioni della vigilanza:

- Alterazioni del ciclo sonno-veglia, spesso con insonnia o inversione del ritmo sonno-veglia.

Caratteristiche del decorso

- Sviluppo in ore o pochi giorni.
- Fluttuazione dei sintomi nel corso della giornata (discrepanza nei rapporti clinici).
- Peggioramento nelle tarde ore del pomeriggio (*Sindrome del tramonto*); durante la notte il paziente può essere più confuso, agitato, allucinato.

Esame fisico

- Tachicardia con sudorazione profusa
- Rossore e calore del volto
- Pupille dilatate (midriasi)
- Stato ipertensivo

In alcuni casi, possono essere presenti:

- Febbre di intensità variabile
- Segni di disidratazione e/o di denutrizione

Sottostima della diagnosi di delirium

La difficoltà nel riconoscimento del delirium è nota. Più di due terzi dei casi non vengono diagnosticati (e quindi trattati) a causa di diversi fattori

- Ampio range di sintomi e natura fluttuante del disturbo.
- Forma ipoattiva
- Erronea attribuzione dei sintomi osservati a demenza, depressione, età avanzata, deprivazione dovuta al ricovero ospedaliero
- Scarsa attenzione ai pazienti anziani “senza speranza”

Diagnosi

- **Diagnosi di stato:**

presenza delle caratteristiche cliniche suddette
+

- **Diagnosi eziologica:**

riconoscimento della relazione temporale-causale con una o più eziologie mediche

- Internista e psichiatra contribuiscono ad entrambe

Diagnosi

- Valutazione **clinica** (esame psichico+ valutazione del decorso + esame fisico)
- Accurata **raccolta anamnestica**: familiari, personale infermieristico (consegne), compagni di stanza
- **EEG**: rallentamenti diffusi ma con carattere aspecifico

Diagnosi differenziale: Delirium/Demenza

- La demenza rappresenta uno dei principali fattori predisponenti del delirium.
- Talora accade che nei pazienti dementi un quadro confusionale, causato dalla somministrazione di farmaci o da patologie internistiche concomitanti, viene attribuito ad un peggioramento del processo neuropatologico alla base della demenza, trascurando l'approfondimento diagnostico necessario per un adeguato intervento terapeutico.

Diagnosi differenziale: Delirium/Demenza

	Delirium	Demenza
Esordio	Improvviso (ore, giorni)	Graduale (mesi anni)
Decorso giornaliero	Peggioramento notturno	Stabile nelle 24 ore
Orientamento	Alterato, almeno periodicamente	Inizialmente inalterato
Affettività	Soggetto ansioso	Soggetto emotivamente labile, ma di solito non ansioso
Memoria	Memoria recente molto alterata	Compromissione sia della memoria recente che di quella remota
Percezione	Frequenti le allucinazioni (soprattutto visive)	Allucinazioni meno comuni (eccetto che verso sera)
Contenuto del pensiero	Possibili deliri	Deliri + rari
Sintomi psicomotori	Rallentamento, agitazione o entrambi	Assenti
Sonno	Alterazione del ciclo sonno veglia	Minore alterazione del ciclo sonno veglia
Attenzione	Molto alterata	Poco alterata

Diagnosi differenziale: Delirium/Psicosi

- La presenza di disturbi della percezione e del pensiero può suggerire la presenza di un quadro psicotico acuto

Diagnosi differenziale: Delirium/Psicosi

La presenza di disturbi della percezione e del pensiero può suggerire la presenza di un quadro psicotico acuto

	Delirium	Psicosi
Età avanzata	Comune	Rara
Attenzione	Compromessa	Normale
Memoria	Compromessa	Normale
Patologie organiche	Comuni	Rare
Allucinazioni	+ freq. visive	+ freq. uditive
Ideazione	Delirio transitorio e poco sistematizzato	Delirio + freq. sistematizzato
EEG	80-90% con rallentamento	Disregolazione aspecifica o assenza di alterazioni

Diagnosi differenziale: Delirium/Depressione

- Gli eventuali sintomi disforici, specialmente se associati a perdita di peso e disturbi del sonno, possono orientare verso la diagnosi di sindrome depressiva.
- La differenziazione rispetto ai quadri depressivi è particolarmente importante perché la somministrazione di antidepressivi triciclici può esacerbare la sintomatologia confusionale.
- In genere la d.d. non è difficile, tranne nei rari casi di depressioni confuse o pseudodemenziali: in questi casi sono utili **anamnesi, valutazione del decorso ed EEG.**

Diagnosi differenziale

E' importante porre diagnosi differenziale con i disturbi di tipo psichiatrico in quanto il trattamento e la gestione del paziente sono radicalmente diversi: ricoverare erroneamente un paziente con un delirium in reparto psichiatrico comporta notevoli problemi di gestione medica del paziente, ricoveri spesso prolungati, e una volta ricoverati in psichiatria è molto difficile ottenere il trasferimento in reparti più adeguati.

Prognosi

- **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 e infine il coma, con possibile esito fatale**

Trattamento

- **Il paziente che presenta 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

- 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 clordesmetildiazepam 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

DELIRIUMS

- D**rugs (*farmaci*)
- E**yes, ears (*vista e udito*)
- L**ow PO₂ (*ipossiemia*)
- I**nfection (*infezioni*)
- R**etention of urines and feces (*ritenzione di urina e feci*)
- I**ctal states (*Stati ictali*)
- U**ndernutrition/dehydration (*Malnutrizione, disidratazione*)
- M**etabolic disorders (*disordini metabolici*)
- S**ubdural, sleep deprivation (*ematomi subdurali, privazione di sonno*)

VINDICATE

- V**ascular
- I**nfections
- N**utrition
- D**rugs
- I**njury
- C**ardiac
- A**utoimmune
- T**umors
- E**ndocrine

Mini-Mental State Examination

(Folstein et al, 1975)

MINI MENTAL STATE

DOMANDE

VALORE PUNTEGGIO

ORIENTAMENTO

- In che anno, stagione, mese, data, giorno, siamo?

5 punti _____

- Dove ci troviamo ? Stato, regione, città, ospedale, piano

5 punti _____

REGISTRAZIONE

- Nominare tre oggetti, uno al secondo. Chiedere al pz di ripeterli nello stesso ordine subito dopo. Un punto per ogni oggetto (*tavolo, moneta, mano*)

3 punti _____

ATTENZIONE E CALCOLO

- Far ripetere a ritroso la parola MONDO (il punteggio corrisponde al numero di lettere ripetute in ordine corretto es.: ODOMN=3 punti)

5 punti _____

RICHIAMO

- Chiedere il nome degli oggetti sopra menzionati. Un punto per ogni risposta esatta.

3 punti _____

TEST DEL LINGUAGGIO

- Mostrare due oggetti (penna, orologio) e chiedere il nome.

2 punti _____

- Far ripetere "Sopra la panca la capra campa"

1 punto _____

- Far eseguire un comando in tre tempi: prendere un foglio con la mano destra, piegarlo a metà e metterlo sul pavimento

3 punti _____

- Chiedere al paziente di leggere ed eseguire un comando scritto

1 punto _____

- Far scrivere al paziente una frase. Controllare se è di comprensibile e se contiene un soggetto ed un verbo

1 punto _____

- Far ricopiare al paziente il disegno riprodotto nella pagina successiva

1 punto _____

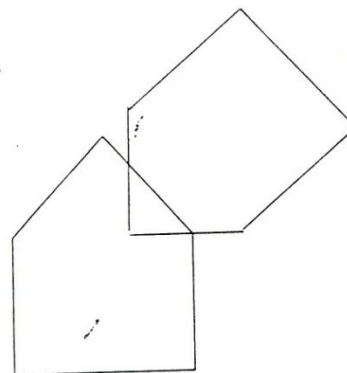
TOTALE

Leggere ed eseguire quanto indicato

CHIUDERE GLI OCCHI

Scrivere una frase

Copiare questo disegno



Pressione arteriosa mmHg:

Frequenza cardiaca b/min:

Vedi pagina successiva