

Ο κατεσταλμένος (hypoactive) τύπος delirium στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Βάϊος Περιτογιάννης¹
Δημήτρης Ρίζος²

- ¹ Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας.
- ² Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα».

Περίληψη: Το delirium είναι ένα κοινό πρόβλημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με επιπτώσεις στη θεραπεία των ασθενών και στη μακροπρόθεσμη έκβαση. Ο κατεσταλμένος τύπος του delirium δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στους βαρέως πάσχοντες. Παρουσιάζουμε μια χαρακτηριστική περίπτωση κατεσταλμένου delirium σε νοσηλευόμενη στη ΜΕΘ και συζητάμε για την κλινική του σημασία, τη διάγνωση και διάκριση από άλλα νευροψυχιατρικά σύνδρομα και τη θεραπεία με αναφορές στην περιορισμένη διεθνή βιβλιογραφία. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την αναγνώριση του κατεσταλμένου delirium και με τη χρησιμοποίηση ειδικών, αξιόπιστων διαγνωστικών εργαλείων, που έχουν επινοηθεί τα τελευταία χρόνια.

Συγγραφέας επικοινωνίας:

Ρίζος Δημήτριος

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Γ.Ν. Γ.Χατζηκώστα Ιωάννινα

2651080345

e-mail :drizos@cc.uoi.gr

Εισαγωγή

Το delirium είναι ένα σύνθετο νευροψυχιατρικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη και κυμαινόμενη πορεία. Η συμπτωματολογία του περιλαμβάνει διακυμάνσεις του επιπέδου συνείδησης, διαταραχές προσανατολισμού, καθώς και αντιληπτικές και συμπεριφορικές διαταραχές, που επιδεινώνονται κατά τις βραδινές ώρες.¹ Πρόκειται για συχνή επιπλοκή της νοσηλείας σε διάφορα τμήματα του γενικού νοσοκομείου, με τα ποσοστά εμφάνισης να φτάνουν το 30% σε χειρουργικούς και παθολογικούς τομείς.^{2,3} Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς και οι πάσχοντες από σοβαρά νοσήματα.⁴ Αν και η κλινική σημασία του delirium είναι μεγάλη, καθώς σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και ελλιπή λειτουργική αποκατάσταση,⁵ θεωρείται ότι γενικά υποδιαγιγνώσκεται.³

Λέξεις-κλειδιά:

delirium, κατεσταλμένο delirium, μονάδα εντατικής θεραπείας, βαρέως πάσχοντες

Η συχνότητα εμφάνισης του delirium στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ποικίλει στις διάφορες μελέτες, με τα αναφερόμενα ποσοστά να είναι από 16% έως 89%, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της κάθε μελέτης, όπως η σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών, τις διάφορες πρακτικές καταστολής και τη διαγνωστική μεθοδολογία.^{6,7} Όπως συμβαίνει στα άλλα τμήματα του νοσοκομείου έτσι και στη ΜΕΘ θεωρείται ότι το delirium διαλάθει της προσοχής των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σε μεγάλο ποσοστό.^{8,9} Ορισμένοι ερευνητές έχουν επίσης ασχοληθεί με τη μελέτη του υποκλινικού ή υποκατώφλιου (subsyndromal) delirium, δηλ. της μορφής εκείνης στην οποία δεν πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση του delirium και ο ασθενής εμφανίζει ένα μέρος της συμπτωματολογίας. Αυτές οι καταστάσεις μπορούν επίσης να παραμείνουν αδιάγνωστες στη ΜΕΘ, αλλά έχουν κλινική σημασία, διότι είναι συχνές και επιδεινώνουν την πρόγνωση των ασθενών και την έκβαση.¹⁰

Αιτιολογία

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την πρόκληση delirium μπορούν να διακριθούν σε προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς. Η μεγάλη ηλικία και η προϋπάρχουσα γνωστική έκπτωση τυπικά θεωρείται ότι προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της συμπτωματολογίας του delirium.¹¹ Ως αιτιολογικοί παράγοντες για την πρόκληση delirium έχουν περιγραφεί μεταβολικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, λοιμώξεις, σύνδρομο τοξίκωσης ή στέρησης, αγγειακά συμβάματα, κακώσεις και εξεργασίες του ΚΝΣ, καθώς και φαρμακευτικά σκευάσματα.¹² Ορισμένα από τα φάρμακα που έχουν ενοχοποιηθεί είναι αναισθητικοί παράγοντες, αναλγητικά, αντιβιοτικά (υπάρχουν αναφορές για όλες τις κατηγορίες), αντιυπερτασικά, αντιαρρυθμικά καθώς και τα συχνά χορηγούμενα στις ΜΕΘ ρανιτιδίνη και ομεπραζόλη.¹² Σε σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων το αίτιο παραμένει άγνωστο. Παρά το γεγονός ότι παράγοντες όπως η στέρηση ύπνου, το περιβάλλον της ΜΕΘ και η αισθητηριακή αποστέρηση κλασικά περιγράφονται ως αιτιολογικοί, τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι δρουν μάλλον αυξάνοντας την ευαλωτότητα των ασθενών και δεν αρκούν από μόνοι τους για την πρόκληση delirium.^{2,3} Δύο από τους παράγοντες που σχετίζονται με το delirium, η χορήγηση κατασταλτικών και αναλγητικών φαρμάκων και η στέρηση ύπνου, ισχύουν για κάθε νοσηλευόμενο στη ΜΕΘ,⁶ ενώ σε μια μελέτη 53 ασθενών οι Ely και συνεργάτες¹³ εντόπισαν κατά μέσο όρο 11 παράγοντες ανά ασθενή.

Διάγνωση

Η διάγνωση του delirium μπορεί να γίνει με τη χρησιμοποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων της ICD-10 14, ή του DSM-IV 15. Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει να υπάρχουν συμπτώματα, ανεξαρτήτως βαρύτητας, σε όλες τις παρακάτω λειτουργίες:

- Διαταραχή επιπέδου συνείδησης και προσοχής.

- Διαταραχή του κύκλου ύπνος-εγρήγορηση.
- Διαταραχή γνωστικών λειτουργιών (συμπεριλαμβάνεται αντιληπτικές διαταραχές και διαταραχές προσανατολισμού).
- Ψυχοκινητικές διαταραχές. Μπορούν να κυμαίνονται από την υπερδραστηριότητα και την αυξημένη πιεστική ομιλία έως την υποδραστηριότητα και τη μειωμένη ποσότητα λόγου.
- Διαταραχές του συναισθήματος. Κυμαίνονται από ευερεθιστότητα και ευφορία μέχρι καταθλιπτικό συναίσθημα και απάθεια.

Από τα παραπάνω κριτήρια γίνεται αντιληπτή η ετερογένεια στην κλινική εικόνα του delirium, που περιλαμβάνει συμπτώματα που βρίσκονται σε αντίθετα άκρα του συνεχούς της ψυχοκινητικότητας και της συναισθηματικής κατάστασης.

Ο Lipowski¹⁶ πρότεινε τη διάκριση του delirium σε δύο τύπους με βάση την κυρίαρχη συμπτωματολογία. Μεταγενέστερες μελέτες επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα της διάκρισης αυτής.^{17,18}

- Διεγερμένος ή υπερδραστήριος (hyperactive) τύπος που περιλαμβάνει συμπτώματα, όπως ψυχοκινητική διέγερση, επιθετικότητα, αυξημένη απάντηση στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και πίεση λόγου
- Κατεσταλμένος ή υποδραστήριος (hyproactive) τύπος, που περιλαμβάνει ψυχοκινητική επιβράδυνση, νωθρότητα, απάθεια, απόσυρση, μειωμένο λόγο και λήθαργο.

Από τους δύο αυτούς τύπους ο δεύτερος, με τα λιγότερο θορυβώδη συμπτώματα και το μικρότερο κίνδυνο τραυματισμού για τον ασθενή, συχνά διαφεύγει της κλινικής προσοχής, ή μπορεί να θεωρηθεί ως καταθλιπτική αντίδραση.^{19,4} Σε πολλές περιπτώσεις η κλινική εικόνα περιλαμβάνει συμπτώματα και των δύο τύπων (μικτός τύπος).

Περίπτωση νοσηλευόμενου στη ΜΕΘ ασθενούς με κατεσταλμένο delirium.

Γυναίκα ασθενής 76 ετών με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, σακχαρώδη διαβήτη και αγγειακής άνοιας νοσηλεύονταν στην Παθολογική κλινική με λοίμωξη αναπνευστικού και διακομίστηκε στη ΜΕΘ, λόγω οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας. Έπειτα από την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα η ασθενής ήταν αποπροσανατολισμένη σε χώρο και χρόνο, απάθης, με μειωμένη απαντητικότητα στα ερεθίσματα, οι κινήσεις της ήταν περιορισμένες και εμφάνιζε υπνηλία και λήθαργο κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας. Μιλούσε ελάχιστα και δεν είχε αυθόρμητο λόγο, όταν όμως ερωτούνταν σχετικά εξέφραζε παραληρητικές ιδέες δίωξης από τους συγγενείς της και από το προσωπικό της ΜΕΘ, ενώ ανέφερε και την ύπαρξη οπτικών ψευδαισθήσεων. Δέκα μέρες από την εισαγωγή της ασθενούς και τη λήψη διπλής αντιβίωσης για την αντιμετώπιση της λοίμωξης η κλινική εικόνα βελτιώθηκε σημαντικά και η ασθενής διακομίστηκε πίσω στην Παθολογική κλινική. Το επίπεδο συνείδησης ήταν φυσιολογικό και η ασθενής ήταν πλέον προσανατολισμένη στο χώρο και λιγότερο στο χρόνο, αρκετά ομιλητική και κινητοποιημένη. Τα ψυχωτικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες και οπτικές ψευδαισθήσεις) είχαν εξαλειφθεί και η ασθενής δε δια-

τηρούσε ανάμνηση για τα περισσότερα από τα γεγονότα των πρώτων ημερών νοσηλείας της στη ΜΕΘ.

Η συμπτωματολογία της ασθενούς αντιστοιχεί σε περίπτωση delirium. Υπάρχουν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα, όπως οι διακυμάνσεις του επιπέδου συνείδησης και ο χωρο-χρονικός αποπροσανατολισμός και ακόμη περιορισμένη κινητικότητα, μειωμένη παραγωγή λόγου και απάθεια, που επιτρέπουν την κατάταξη στον κατεσταλμένο τύπο. Η ύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων, δηλ. παραληρητικών ιδεών και διαταραχών της αντίληψης (οι οπτικές ψευδαισθήσεις στην περίπτωση αυτή) έχει περιγραφεί σε όλους τους τύπους delirium.²⁰ Παράγοντες κινδύνου για delirium στην ασθενή ήταν η ηλικία, το ιστορικό γνωστικής έκπτωσης, λόγω της άνοιξας αγγειακού τύπου και η υποκείμενη λοίμωξη του αναπνευστικού. Είναι πιθανό ότι κάποια από τα φάρμακα που έλαβε η ασθενής, όπως αντιβιοτικά και κατασταλτικά, συμμετείχαν στην ανάπτυξη της συμπτωματολογίας. Στην ασθενή δε χορηγήθηκε αντιψυχωτική αγωγή για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, καθώς δε δημιουργούσε τα προβλήματα που συναντώνται στο διεγερμένο τύπο (απομάκρυνση καθετήρων, κίνδυνος πτώσεων κλπ) και για να αποφευχθεί πιθανή περαιτέρω καταστολή. Με τη θεραπεία που χορηγήθηκε για την υποκείμενη πάθηση και την εφαρμογή των γενικών μέτρων προσανατολισμού και καθησυχασμού, που είναι βασικά για ασθενείς της ΜΕΘ, τα συμπτώματα υποχώρησαν.

Η μελέτη των κινητικών τύπων του delirium στη ΜΕΘ

Υπάρχουν μόνο τρεις μελέτες σχετικές με τους κινητικούς τύπους delirium στη ΜΕΘ. Η πρώτη από αυτές πραγματοποιήθηκε από τους Peterson et al σε ΜΕΘ με ασθενείς της Εσωτερικής Παθολογίας. Μελετήθηκαν 112 ασθενείς με delirium ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών και 263 ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 65 ετών. Για τη διάκριση των κινητικών τύπων οι ερευνητές χρησιμοποίησαν δυο κλίμακες, τις Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) και Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). Ο κατεσταλμένος τύπος βρέθηκε να σχετίζεται με τη μεγάλη ηλικία των ασθενών και η συχνότητά του ήταν 43,5%.²¹ Οι Pandharipande et al σε μια πρόσφατη εργασία μελέτησαν τη συχνότητα εμφάνισης κατεσταλμένου delirium σε χειρουργικούς και πολυτραυματίες ασθενείς, που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ και βρισκόταν σε συνθήκες μηχανικού αερισμού. Μελετήθηκαν 100 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 48 έτη με τη χρησιμοποίηση των κλιμάκων Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) και Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) και βρέθηκε ότι 64% των χειρουργικών ασθενών και 60% των πολυτραυματιών παρουσίασαν κατεσταλμένο delirium. Τα συνολικά ποσοστά εμφάνισης οποιουδήποτε τύπου delirium ήταν 73% και 67% αντίστοιχα.²² Η πιο πρόσφατη μελέτη δημοσιεύτηκε από τους Guenther et al, που επιχείρησαν να ελέγξουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του μεταφρασμένου στη γερμανική γλώσσα Confusion

Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) σε χειρουργικούς ασθενείς νοσηλευόμενους σε ΜΕΘ. Σε σύνολο 54 ασθενών delirium διαγνώστηκε σε 25 περιπτώσεις (46%), ενώ ο κατεσταλμένος τύπος παρουσιάστηκε σε 20 από αυτούς τους ασθενείς (80% επί του συνόλου των ασθενών με delirium.²³ Όλοι οι παραπάνω συγγραφείς προτείνουν τη χρησιμοποίηση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων για την ανίχνευση του delirium στην καθημερινή κλινική πράξη και επισημαίνουν ότι ο κατεσταλμένος τύπος είναι πολύ πιο συχνός και παραμένει αδιάγνωστος σε πολλές περιπτώσεις, αν δεν αναζητηθεί κατάλληλα από το προσωπικό της ΜΕΘ.

Είναι προφανές ότι η μελέτη των κινητικών τύπων delirium σε ασθενείς της ΜΕΘ βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο. Ωστόσο πρέπει να επισημανθεί η χρήση ενός κοινού διαγνωστικού εργαλείου, που προσδίδει κάποια ομοιομορφία στις μελέτες, αλλά και ο ανομοιογενής πληθυσμός των ασθενών, καθώς οι εργασίες αφορούσαν σε χειρουργικούς ασθενείς, πολυτραυματίες και ασθενείς της Εσωτερικής Παθολογίας.

Στη ΜΕΘ του Γ.Ν. «Χατζηκώστα» έγινε μια μικρή μελέτη των κινητικών τύπων delirium, που ανακοινώθηκε στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο της ESCIM το 2008. Σε συμφωνία με τις προαναφερθείσες μελέτες ο κατεσταλμένος τύπος ήταν ο πιο συχνός, καθώς σε σύνολο 74 ασθενών με παθολογικές και χειρουργικές καταστάσεις, που διαγνώστηκαν με delirium, τέτοιου τύπου, σύμφωνα με τα κριτήρια των Liptzin και Levkoff 24 εμφάνισαν οι 39 (52%). Αν και δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ και στη θνησιμότητα των ασθενών σε σχέση με τον τύπο delirium, εν τούτοις, λόγω του μικρού δείγματος, ασφαλή συμπεράσματα δεν μπορούν να εξαχθούν.²⁵

Κλινική σημασία του κατεσταλμένου τύπου στη ΜΕΘ

Η κλινική σημασία του κατεσταλμένου delirium στη ΜΕΘ, πέρα από τη δυσχέρεια στη διάγνωση, παραμένει άγνωστη. Ακόμη και σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, που οι κινητικοί τύποι του delirium έχουν μελετηθεί περισσότερο, τα συμπεράσματα είναι αντικρουόμενα. Για παράδειγμα, φαίνεται ότι, σε περιπτώσεις delirium από μεταβολικές διαταραχές ή ανεπάρκεια οργάνων, ο κατεσταλμένος τύπος είναι συχνότερος, αλλά αυτό πρέπει να επιβεβαιωθεί από μεγαλύτερες μελέτες.¹⁸

Σε ότι αφορά στην προγνωστική σημασία των κινητικών τύπων του delirium, ο κατεσταλμένος τύπος σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση και αυξημένη θνησιμότητα.¹⁸ Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε μια από τις πρώτες μελέτες των κινητικών τύπων του delirium, είχε διατυπωθεί η άποψη, ότι οι ασθενείς με το διεγερμένο τύπο ίσως είχαν περισσότερες φυσικές δυνάμεις, ώστε να είναι διεγερτικοί σε σχέση με εκείνους που εμφάνιζαν κατεσταλμένο delirium.²⁴ Μπορεί λοιπόν να ειπωθεί ότι ίσως ο κατεσταλμένος τύπος συνιστά δείκτη της βαρύτητας της γενικής κατάστασης των ασθενών. Είναι άγνωστο πως αυτή η διαπίστωση μπορεί να αξιοποιηθεί σε πληθυσμούς

ασθενών της ΜΕΘ, που εξ' ορισμού είναι βαρέως πάσχοντες.

Ιδιαίτερη σημασία ωστόσο έχει η διάκριση του κατεσταλμένου delirium από άλλα νευροψυχιατρικά σύνδρομα, που παρατηρούνται σε ασθενείς της ΜΕΘ, όπως για παράδειγμα η κατατονία. Το κατατονικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από βωβότητα, λήψη ασυνήθιστων στάσεων, αρνητισμό, καθήλωση βλέμματος, ακαμψία, ηχωλαλία ή ηχωπραξία και μειωμένη ανταπόκριση στον πόνο,²⁶ με διατήρηση φυσιολογικού επιπέδου συνείδησης. Αν και για πολλά χρόνια επικρατούσε η άποψη ότι η κατατονία συνιστά κλινικό τύπο της σχιζοφρένειας, σήμερα θεωρείται ότι αποτελεί ξεχωριστό σύνδρομο, που σχετίζεται περισσότερο με οργανικές καταστάσεις.²⁷ Το κατατονικό σύνδρομο έχει πρόσφατα περιγραφεί στη ΜΕΘ, όπου ίσως υποδιαγιγνώσκεται²⁸ και η σημασία της διαφορικής διάγνωσης από το κατεσταλμένο delirium έγκειται στο ότι στο delirium η χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι χρήσιμη (βλ. παρακάτω), ενώ αντίθετα στην κατατονία μπορεί να είναι επιβλαβής και να προκαλέσει την ανάπτυξη κακοήθους νευροληπτικού συνδρόμου,²⁹ που είναι μια δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση.

Αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας του delirium

Βασικός στόχος για όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς πρέπει να είναι η πρόληψη της ανάπτυξης delirium. Τα γενικά μέτρα που έχουν μελετηθεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, όπως η μείωση των θορύβων και ο συχνός επαναπροσανατολισμός των ασθενών, δεν είναι σίγουρο ότι είναι αποτελεσματικά σε ασθενείς της ΜΕΘ, αξίζει όμως να δοκιμάζονται.⁷

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, όταν πλέον έχει αναπτυχθεί το delirium, επιβάλλεται να γίνει πλήρης έλεγχος για την ανεύρεση πιθανού αιτιολογικού παράγοντα, ώστε να χορηγηθεί η ενδεδειγμένη θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή, που λαμβάνει ο ασθενής πρέπει να εξεταστεί προσεκτικά και αν συμμετέχει στην ανάπτυξη της συμπτωματολογίας (π.χ. σκευάσματα με αντιχολινεργική δράση) να τροποποιηθεί, εφόσον είναι εφικτό.^{8,7} Επιμέρους συμπτώματα, όπως η διέγερση και τα ψυχωτικά συμπτώματα των ασθενών, μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων³⁰, με τα νεότερα αντιψυχωτικά σκευάσματα να χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο, κυρίως λόγω ευνοϊκότερου προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών.³¹ Ωστόσο η χορήγηση αντιψυχωτικών είναι περισσότερο εμπειρική και δεν υποστηρίζεται από κατάλληλα σχεδιασμένες κλινικές μελέτες.

Ειδικά για τον κατεσταλμένο τύπο του delirium τα δεδομένα σχετικά με τη χρησιμότητα των αντιψυχωτικών είναι ελάχιστα και προέρχονται από άλλα τμήματα του νοσοκομείου και όχι τη ΜΕΘ. Στην πρώτη σχετική μελέτη οι Platt και συνεργάτες βρήκαν παρόμοια ποσοστά ανταπόκρισης στη θεραπεία με αλοπεριδόλη ασθενών με τους δύο τύπους delirium.³² Σε μια μεταγενέστερη μελέτη φαρμακευτικής θεραπείας του delirium σε νοσηλευόμενους καρκινοπαθείς ασθενείς βρέθηκε ότι εκείνοι

με τον κατεσταλμένο τύπο ανταποκρίθηκαν λιγότερο στην ολανζαπίνη.³³ Σε άλλη, πιο πρόσφατη, αναδρομική μελέτη οι Liu και συνεργάτες δεν παρατήρησαν διαφορές σε δείγμα 41 ασθενών με κατεσταλμένο ή διεγερμένο delirium, που έλαβαν θεραπεία με ρισπεριδόνη.³⁴ Όλες οι παραπάνω μελέτες παρουσιάζουν προβλήματα μεθοδολογίας και αφορούν σε μικρό αριθμό ασθενών, επομένως δεν οδηγούν σε οριστικά συμπεράσματα.

Συμπέρασμα

Το πρόβλημα του delirium στους ασθενείς της ΜΕΘ αναγνωρίζεται από όλους τους ερευνητές, που προτείνουν τη συστηματική αναζήτηση της συμπτωματολογίας του στην καθημερινή κλινική πράξη με τη χρησιμοποίηση έγκυρων εργαλείων. Ενα από αυτά είναι η Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit³⁵, που έχει χρησιμοποιηθεί και στις λίγες ως τώρα μελέτες σε νοσηλευόμενους στη ΜΕΘ. Στην καθημερινή κλινική πράξη ωστόσο μόνο ένα μικρό ποσοστό των γιατρών της ΜΕΘ εξετάζουν τους ασθενείς για την ύπαρξη συμπτωματολογίας delirium και μάλιστα δίχως να χρησιμοποιούν κάποιο σταθμισμένο και αξιόπιστο εργαλείο, όπως έδειξε μια πρόσφατη μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία.³⁶ Ο κατεσταλμένος τύπος είναι ελάχιστα μελετημένος, αν και φαίνεται ότι είναι ο πιο συχνός σε αυτό τον πληθυσμό των βαρέως πασχόντων. Επίσης, η θεραπευτική προσέγγιση του τύπου αυτού δεν είναι ξεκάθαρη σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα ενός γενικού νοσοκομείου. Χρειάζονται περισσότερες, πολυκεντρικές μελέτες, με μεγάλο αριθμό νοσηλευόμενων στη ΜΕΘ, εστιασμένες στο κατεσταλμένο delirium, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για την αιτιολογία, την παθοφυσιολογία και τελικά τη φαρμακευτική ή άλλη θεραπεία του τύπου αυτού.

Summary

Hypoactive delirium in the Intensive Care Unit

V. Peritogiannis¹, D. Rizos²

1. Mobile Mental Health Unit of the Prefectures of Ioannina and Thesprotia,

2. Intensive Care Unit, Hatzikosta Hospital, Ioannina.

Delirium is common in the Intensive Care Unit and it is associated with increased morbidity, elevated mortality rates and adverse outcome in general. The hypoactive variant of delirium has not been adequately studied in critically ill patients. A typical case of hypoactive delirium in a female critically ill patient is presented and issues regarding diagnosis, clinical relevance, differential diagnosis from other neuropsychiatric conditions and treatment are been discussed. Also a brief review of the literature on delirium subtypes in intensive care unit patients is provided. We conclude that medical and nursing staff caring for critically ill patients should be familiar with the hypoactive delirium type and validated, reliable and easy-to-use diagnostic instruments should be regularly used for its recognition.

Βιβλιογραφία

1. Meagher D, Trzepacz P. Delirium. In: Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor JJ, Geddes J (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2nd ed, Oxford University Press, 2009, New York, pp 325-333
2. McGuire B, Basten C, Ryan C, Gallagher J. Intensive Care Unit syndrome: a dangerous misnomer. *Arch Intern Med* 2000; 160: 906-909
3. Meagher D. Delirium: optimising management. *BMJ* 2001; 322: 144-149
4. Nayeem K, O'Keeffe S. Delirium. *Clin Med* 2003; 3: 412-415
5. Inouye S. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354: 1157-1165
6. Girard T, Pandharipande P, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care* 2008; 12 (Suppl 3): S3
7. Van Eijk M, Slooter A. Delirium in intensive care unit patients. *Sem Cardiothor Vasc Anesth* 2010; 14: 141
8. Pandharipande P, Jackson J, Ely WE. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Curr Opin Crit Care* 2005; 11: 360-368-147
9. Spronk P, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes J. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Int Care Med* 2009; 35: 1276-1280
10. Ouimet S, Riker R, Bergeon N et al. Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. *Int Care Med* 2007; 33: 1007-1013
11. Young J, Inouye S. Delirium in older people. *BMJ* 2007; 334: 842-846
12. Arend E, Christensen M. Delirium in the intensive care unit: a review. *Nurs Crit Care* 2009; 14: 145-154
13. Ely EW, Gautam S, Margolin R et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001; 27: 1892-1900
14. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. WHO, 1992, Geneva
15. APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, 4th ed, 1994, Washington, DC: American Psychiatric Publishing
16. Lipowski Z. Transient cognitive disorder in the elderly. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1426-1436
17. De Rooij S, Schuurmans M, van der Mast R, Levi M. Clinical subtypes of delirium and their relevance for daily clinical practice: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 609-615
18. Meagher D. Motor subtypes of delirium: Past, present and future. *Int Rev Psychiatry* 2009; 21: 59-73
19. Farrell K, Ganzini L. Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med* 1995; 155: 2459-2464
20. Meagher D, Moran M, Raju B et al. Phenomenology of 100 consecutive adult cases of delirium assessed using standardised measures. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 135-141
21. Peterson J, Dittus R, Jackson J, Ely EW. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 479-484
22. Pandharipande P, Cotton B, Shintani A et al. Motoric subtypes of delirium in mechanically ventilated surgical and trauma intensive care unit patients. *Int Care Med* 2007; 33: 1726-1731
23. Guenther U, Popp J, Koecher L et al. Validity and reliability of the CAM-ICU flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. *J Crit Care* 2010; 25: 144-151
24. Liptzin B, Levkoff S. An empirical study of delirium subtypes. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 843-845
25. Peritogiannis V, Rizos D, Pappas-Gogos G et al. Hypoactive delirium in critically ill patients. *Int Care Med* 2008; 34 (Suppl 1): S173
26. Fink M, Taylor MA. The catatonia syndrome. Forgotten but not gone. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 1173-1177
27. Fink M. Catatonia: A syndrome appears, disappears and is rediscovered. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 437-445
28. Rizos DV, Peritogiannis V, Gkogkos C. Catatonia in the Intensive Care Unit. *Gen Hosp Psychiatry*, in press.
29. Weder N, Muralee S, Penland H, Tampi R. Catatonia: A Review. *Ann Clin Psychiatry* 2008; 20: 97-107
30. Seitz D, Gill S, van Zyl L. Antipsychotics in the treatment of delirium: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 11-21
31. Peritogiannis V, Stefanou E, Lixouriotis C et al. Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 623-631
32. Platt M, Breitbart W, Smith M et al. Efficacy of neuroleptics for hypoactive delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994; 6: 66
33. Breitbart W, Tremblay A, Gibson C. An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics* 2002; 43: 175-182
34. Liu CY, Juang YY, Liang HY et al. Efficacy of risperidone in treating the hyperactive symptoms of delirium. *Int Clin Psychopharmacol* 2004; 19: 165-168
35. Ely EW, Inouye S, Bernard G 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
36. Mac Sweeney R, Barber V, Page V et al. A national survey of the management of delirium in UK intensive care units. *Q J Med* 2010; 103: 243-251