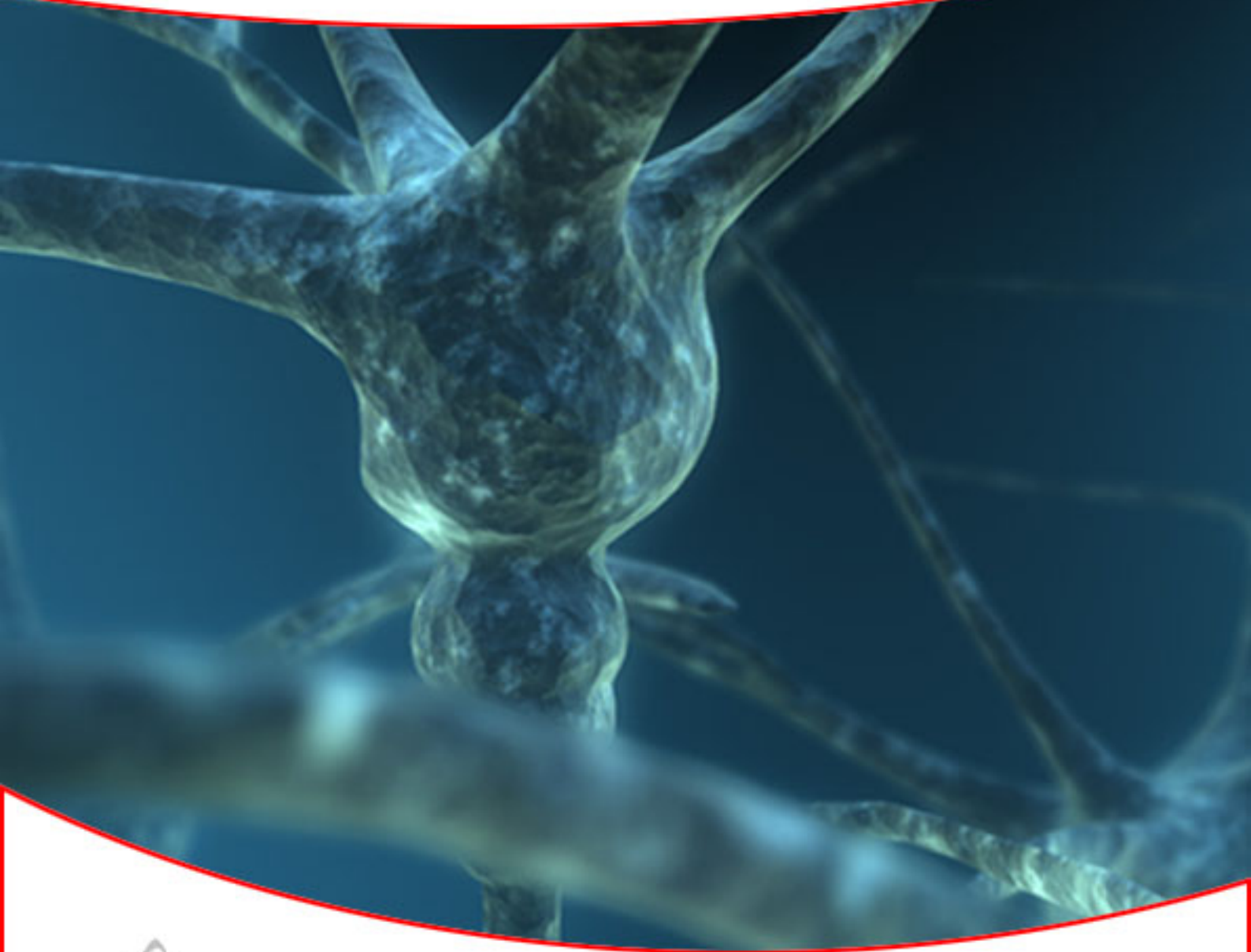




Neuroscienze.net

*Journal of Neuroscience, Psychology
and Cognitive Science*



Delirium

di Giuseppe Malfa

Keywords: Delirium, ACTH, Demenza, ECG, EEG, Emorragia, Encefalite, HIV, Intossicazione, LDH

Permalink: <http://www.neuroscienze.net/index.asp?pid=idart&cat=3&arid=351>

Per delirium si intende uno stato confusionale acuto transitorio caratterizzato da pensiero incoerente, disturbi dell'attenzione e della concentrazione, disorientamento spazio-temporale, disturbi della percezione con deliri, allucinazioni e illusioni, ridotta capacità critica e di giudizio, turbe del comportamento con agitazione psicomotoria o ipoattività e condizione di inebetimento fatuo fino allo stupor. La condizione è spesso fluttuante con peggioramento nelle ore notturne. Durante lo stato di agitazione, in ospedale, i paziente possono farsi male tirandosi il catetere vescicale o venoso, cadere dal letto, aggredire il personale paramedico o medico . Si tratta di una condizione abbastanza frequente, interessando prevalentemente soggetti anziani, soggetti in fase post-operatoria, soggetti con una certa labilità personologica. La diagnosi eziologica non raramente resta sconosciuta essendo moltissime le cause che possono causare una condizione di delirium. Fattori favorenti la comparsa del delirium è la presenza di un deficit visivo o uditivo importante, una patologia grave, la paura di morire, un livello cognitivo basso. Altri fattori, in ospedale, possono essere la contenzione, l'inserimento di un catetere vescicale o del sondino naso-gastrico, il dolore fisico, l'abbandono dei familiari, le ulcere da decubito, il caldo eccessivo, la presenza di luci colorate nella stanza (monitor di computer) e rumori inconsueti (bip), la presenza nella stanza di altri soggetti che si lamentano continuamente, la perdita di sonno, la difficoltà ad andare di corpo. Dal punto di vista della patogenesi, non esiste un pieno accordo, sembra che per cause diverse si verifichi una disfunzione cerebrale con modificazione della trasmissione dei mediatori chimici e / o una modificazione della barriera ematoencefalica. Classificazione, il delirium può verificarsi: **A-** in corso di malattie mediche o chirurgiche (senza segni neurologici focali o di lato; liquor in genere limpido). Polmonite, setticemia, stati post-operatori e post-commotivi, post- trauma da stress (anche emotivo), tireotossicosi o

intossicazione da ACTH, febbri infettive, febbre tifoidea, stupor epatico, uremia, ipossia, ipercapnia, ipoglicemia, iperglicemia, disidratazione, colpo di sole o calore, porfiria, scompenso cardiaco congestizio, psicosi puerperale

B- Nel corso di malattie neurologiche che causano segni focali o di lato oppure modificazioni del liquor. Malattie vascolari, neoplastiche o di altra natura, comprese le embolie cerebrali. Contusioni e lacerazioni cerebrali (delirium traumatico). Meningite acuta purulenta, micotica o tubercolare. Emorragia subaracnoidea. Ematoma subdurale. Encefalite virale e da cause sconosciute. Demenza.

C- Condizione di astinenza, intossicazioni esogene e stati post-convulsivi; i segni di altre malattie mediche, chirurgiche e neurologiche sono assenti o coesistono per caso. Sospensione di alcol (delirium tremens), barbiturici e altri sedati.

Intossicazione da farmaci (avvelenamenti): scopolamina, atropina, anfetamina, antiaritmici, digitale, cortisonici, agonisti della dopamina, neurolettici, antidepressivi triciclici, ipnotici, etc.

Delirium post-convulsivo. Per la diagnosi di delirium si deve innanzi tutto riconoscere che il paziente è confuso, tale condizione può sfuggire nelle forme leggere. È importante differenziare la diagnosi di stato confusionale con quella di un soggetto con afasia sensoriale di Wernicke, in questo caso il paziente non comprende ciò che gli viene chiesto e la sua incoerenza deriva da questo. Spesso la diagnosi differenziale si pone con la demenza, la depressione, patologie di carattere psichiatrico e la patologia epilettica. In ogni caso, quasi tutte le patologie acute gravi mediche e chirurgiche, in circostanze favorevoli, possono causare delirium. Gli elementi che indirizzano al delirium sono: l'esordio improvviso e l'andamento fluttuante, turbe dell'attenzione e concentrazione, il pensiero disorganizzato e le turbe della coscienza. Per i pazienti che arrivano al P.S. è necessario, se possibile, fare una approfondita anamnesi da parenti o amici, o anche da chi ha prestato soccorso al paziente. Bisogna sondare sulle patologie pregresse, l'assunzione di farmaci o sostanze tossiche, il contesto in cui si è verificato, le modalità di esordio del malore che ha portato alla attuale situazione clinica, l'evoluzione della condizione clinica. Durante l'anamnesi e l'esame obiettivo, valutare se le vie respiratorie sono pervie e i valori della pressione arteriosa, il battito cardiaco, raccogliere campioni di sangue di urina per i primi esami, rilevare la temperatura. Si eseguirà poi un esame generale dettagliato che oltre ai principali organi e apparati deve considerare i seguenti elementi: esame della cute, (cianosi, pallore, esantemi, petecchie, ittero, segni di punture). Ricerca di lesioni traumatiche (contusioni, ematomi, soprattutto in regione periorbitaria e mastoidea). Presenza di scolo di sangue o liquor dal condotto uditivo o cavità nasali. Alito (alcol, chetoacidosi, urinoso). L'esame neurologico deve cercare di escludere la presenza di lesioni organiche, ricerca di segni meningei, dimensioni e reattività della pupilla, posizione e movimenti dei globi oculari, l'esame degli altri territori cranici e spinali. I principali esami da richiedere sono: esame emocromocitometrico, glicemia, azotemia, transaminasi, CK, LDH, elettroliti e calcemia, VES, osmolarità, funzione tiroidea, sierologia per la lue, emocultura e urinocoltura, campione di urine per ricerca di sostanze tossiche o farmaci, esame delle urine completo, enzimi cardiaci, rx torace, ECG, TAC encefalo e/o RMN. Se la causa non può essere determinata da questi esami si eseguiranno altri esami: esame del liquor, EEG, ricerca degli anticorpi contro il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), emogasanalisi e ricerca di autoanticorpi.

La Terapia L'approccio terapeutico ottimale del paziente con delirium è giustamente quello eziologico, ma nei casi in cui non si riesce a raggiungere la diagnosi in breve tempo è necessario sospendere tutti i farmaci potenzialmente capaci di determinare una condizione di delirium. Se lo stato di agitazione è tale da rendere indispensabile la somministrazione di una terapia farmacologica è consigliata la somministrazione di aloperidolo, al minimo dosaggio efficace possibile, inizialmente con una dose intramuscolare di 1 mg. da ripetere eventualmente dopo 30 minuti a dose raddoppiata, fino a 6 mg. al massimo nel corso della giornata. Quando lo stato di agitazione si è ridotto passare al lorazepam, 2 mg. im. ogni 4-6 ore, eventualmente associato ad un antipsicotico per via orale. Il diazepam, ad elevato dosaggio, inoltre costituisce il farmaco di prima scelta nel paziente in stato di delirium tremens.

Bibliografia

Raymond D. Adams 'Principi di neurologia' McGraw-Hill.

Ipowski ZJ: Delirium: Acute Confusional States, New York, Oxford University Press, 1990

Merrit's Neurology CIC edizioni Internazionali .

Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSN IV, Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

Mori E, Yamadori A: Acute confusional state and acute agitated delirium, Arch Neurol 44:1139, 1987.