

BÖLÜM 18

DELİRYUM

Pelin AVCU¹

GİRİŞ

Deliryum; kısa bir zaman süresinde gelişen ve başta bilinç olmak üzere çeşitli bilişsel işlevlerde bozulmalarla kendini gösteren bir organik ruhsal bozukluktur. Deliryumun başta DSM-V ve ICD-10 tanı sistemleri olmak üzere tıbbi literatürde çeşitli tanımları yapılmaktadır. Bugüne kadar deliryumu tanımlamak için akut beyin yetmezliği, akut konfüzyonel durum, postoperatif psikoz terimleri gibi birçok tıbbi terim kullanılmıştır.^{1,2,3}

Bütün tanımlarda çekirdek belirtiler olarak; bilinç bozulması (dikkatin odaklanması, sürdürüm ve bölünmesinde güçlüğü eşlik ettiği çevrenin farkındalığında azalma), bilişsel değişiklikler (örn., problem çözme veya bellek bozulmaları) veya algı bozuklukları, saatler- günler içinde başlama ve dalgalanma eğilimi yer almaktadır.

EPİDEMİYOLOJİ

Deliryum ile ilgili bugüne kadar yapılan araştırmaların farklı hastalık gruplarında yapılmış olması, deliryum tanı kriterlerinin farklı olması, deliryumu ölçme aracı, örneklem büyüklüğü, veri toplama süresi gibi bazı metodolojik sorunlar nedeniyle deliryumun görülme oranı ile ilgili elde edilen sonuçlar da farklıdır.⁴

Hastaneye yatan hastalarda deliryum %10-70 oranında görülmekte olup ileri yaş ve hastalık şiddeti ile risk artmaktadır. Yanlış tanı konulma oranı yüksek olup doğru tanı konulması ve uygun tedavi yapılması kısa ve uzun dönem komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.⁵ Yoğun bakım ünitelerinde %70, acil serviste %10, postoperatif dönemdeki hastalarda %41-50 (özellikle kalça kırığı operasyonu ve kalp cerrahisi sonrası), ciddi yanık olanlarda %20 ve malignitesi olan terminal dönem hastalarında %42 oranında deliryum görülmüştür. Deliryum olgularının beyazlarda diğer ırklara göre, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Genel tıbbi durumlara bağlı deliryumlar, çocuklar

¹ Dr. Pelin AVCU, S.B.Ü Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri
dr.rapelin@hotmail.com

30-60 dakika olup oral alımda daha uzundur. Günde 4,5 mg üzerinde verildiğinde ekstrapiramidal yan etki görülür. Son yıllarda yapılan çalışmalar ketiapin, risperidon, olanzapin gibi atipik antipsikotiklerin de tedavide etkin olduğunu ve yan etkilerin daha az görüldüğünü göstermektedir.^{21,22}

Benzodiazepinlerin deliryum tedavisindeki yeri sınırlıdır. Nöroleptikler kontrendike ise, sedasyon sağlanması isteniyorsa veya alkol çekilme sendromunda tercih edilmesi önerilir. Lorazepam 0,5-1 mg /2-4 kez verilebilir. İntravenöz verildiğinde etki süresi antipsikotiklerden kısadır ancak deliryum bulgularını ve sedasyonu arttırabileceği için dikkatli olunmalıdır.²³

Hipoaktif deliryumda semptomatik tedavi gerekli değildir. Uyanıklığı arttırmak için metilfenidat kullanılabilir ancak hastada ajitasyon görülebileceği ve psikotik semptomların kötüleşebileceği unutulmamalıdır. Alkol kullanımına bağlı deliryum, Wernicke sendromu, malnütrisyon durumunda tiamin, malnütrisyonlu dializ hastalarında nikotinamid, B vitamini eksikliği söz konusu ise multivitamin de verilmelidir.²⁴

SONUÇ

Deliryum, yaygın ve maliyetli olan akut bir konfüzyonel durumdur. Deliryum, akut ensefalopatinin tezahürüdür ve değişken olarak akut beyin yetmezliği, akut beyin disfonksiyonu veya değişmiş zihinsel durum olarak adlandırılır. Tüm hastalar deliryum riski altındadır, ancak daha savunmasız olanlar (ileri yaş, enfeksiyon gibi diğer stres faktörlerine maruz kalma ve bazı ilaçlar gibi) daha yüksek risk altındadır. Deliryum riski taşıyan hastaları tanımak, buna sebep olan faktörleri hemen belirlemek ve tedavi etmek önemlidir. Deliryumu tedavi etmek için tek bir müdahale veya ilaç yoktur. Bu nedenle risk önleme, azaltma, sebep olan faktörleri saptamak ve hızlı tedavi gibi karmaşık bir stratejiye dayanır. Deliryum, multimodal stratejiler kullanıldığında önlenabilir veya zayıflatılabilir, böylece hasta sonuçlarını iyileştirebilir.

KAYNAKLAR

- 1.Cole MG. Delirium in elderly patients Am J Geriatr Psychiatry. 2004 ;12(1):7-21
- 2.Güner P, Geenen O. Atlanması kolay bir bozukluk: Deliryum. CÜ Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi 2007; 11(1):37-45
- 3.Singh TD, O'Horo JC, Gajic O, Sakusic A, et al. Risk factors and outcomes of critically ill patients with acute brain failure: A novel end point.J Crit Care. 2018 ;43:42-47.
- 4.Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O. Epidemiology of delirium. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999 Sep-Oct;10(5):315-8.
- 5.Fleischmann R, Traenkner S, Kraft A, Schmidt S, et al. Delirium is associated with frequency band specific dysconnectivity in intrinsic connectivity networks: preliminary evidence from a large retrospective pilot case-control study. Pilot Feasibility Stud. 2019; 5:

- 6.McNicol L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. J Am Geriatr Soc. 2003;51(5):591
- 7.Elle M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. CMAJ. 2000;163(8):977.
- 8.Minden SL, Carbone LA, Barsky A, Borus JF, et al. Predictors and outcomes of delirium. Gen Hosp Psychiatry. 2005 May-Jun;27(3):209-14.
- 9.Guenther U, Radtke FM. Delirium in the postanaesthesia period. Curr Opin Anaesthesiol 2011 ; 24(6):670-5.
- 10.Packard RC. Delirium. Neurologist 2001;7:327-40.
- 11.Trzepacz PT . The neuropathogenesis of delirium. A need to focus our research. Psychosomatics. 1994;35(4):374
- 12.Mach JR Jr, Dysken MW, Kuskowski M, Richelson E, Holden L, Jilk KM. Serum anticholinergic activity in hospitalized older persons with delirium: a preliminary study. J Am Geriatr Soc. 1995;43(5):491.
- 13.Martins S ve Fernandes Lia. Delirium in elderly people : A Review. Front Neurol 2012; 19:
- 14.Stefano GB, Bilfinger TV, Frichione GL. The immune-neuro-link and the macrophage: postcardiotomy delirium, HIV-associated dementia and psychiatry. Prog Neurobiol 1994;42(4):475
- 15.Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. Okmeydanı Hastanesi Dergisi 2013;29(2): 70-74 16.Öztürk MO. Organik ruhsal bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Baskı. Ankara: Feryal Matbaası; 2002. p.490-6.
- 17.Packard RC. Delirium. Neurologist 2001;7:327-40.:
- 18.Camus V, Gonthier R, Dubos G, Schwed P, Simeone I. Etiologic and outcome profiles in hypoactive and hyperactive subtypes of delirium. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2000;13(1):38-42
- 19.American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual, 5th ed, APA Press, Washington, DC 2013.)
- 20.Young GB. Metabolic and inflammatory cerebral diseases: electrophysiological aspects. Can J Neurol Sci. 1998;25(1):S16
- 21.Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, Kiely DK, Yang F, Marcantonio ER. Risk factors for delirium at discharge: development and validation of a predictive model. Arch Intern Med. 2007;167(13):1406.
- 22.Gilchrist NA, Asoh I, Greenberg B. Atypical antipsychotics for the treatment of ICU delirium. J Intensive Care Med. 2012 Nov;27(6):354-61
- 23.Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. Cochrane Database Syst Rev. 2007
- 24.Carnes M, Howell T, Rosenberg M, Francis J, Hildebrand C, Knuppel J. Physicians vary in approaches to the clinical management of delirium. J Am Geriatr Soc. 2003;51(2):234.