

Psikiyatri Konsültasyonlarında Deliryum

Uz. Dr. Elif ONUR*, Prof. Dr. Can CİMİLLİ**, Dr. Halis ULAŞ***

Dikkat ve bilişsel işlevlerde ani başlangıçlı bozulma ile karakterize bir klinik sendrom olan deliryumun tıbbi hastalık nedeniyle hastanede yatan hastalardaki yaygınlığının %11-16 arasında, sıklığının ise daha geniş bir dağılım göstererek %4-31 arasında olduğu bilinmektedir (Wise ve Trezepacz 1996). Bu alanda yapılan çalışmalarda bazı klinik durumlarda bu oranların çok daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Bu hasta grupları 1) Yaşlı hastalar, 2) Demans, HIV enfeksiyonu, inme gibi serebral rezervi azaltan hastalıklar nedeniyle tedavi görenler, 3) Kardiyotomi sonrası hastaları, 4) Yanık tedavisi görenler, 5) Madde kullanım bozukluğu olanlar olarak özetlenebilir (Wise 1995). Kalp cerrahisi sonrası 47 hastada yapılan bir çalışmada %36.2 oranında deliryum geliştiği ve bu kişilerde transfüzyona daha fazla gereksinim olduğu, metabolik dengesizliğin daha güç kompanse edildiği bildirilmiştir (Schneider ve ark. 2002). İleri yaş ve eşzamanlı tıbbi tanıların çokluğu da en çok vurgulanan risk etmenleri arasındadır. Kalp hastalarında deliryum gelişimi için risk etmenlerinin değerlendirildiği iki çalışmada, belirgin risk grubu olan ileri yaş grubunda deliryum görülme oranları %11.4 ve %13.5 olarak bildirilmiştir (Litaker ve

ark. 2001, Mast ve ark. 1999). Bir çok genel tıbbi durumun eşlik edebildiği son evre kanser hastalarında ileriye dönük olarak yapılan bir çalışmada %32 oranında deliryum geliştiği gösterilmiştir (Gagnon ve ark. 2000). Yaşlı hastalar için oranlar daha da yüksek olup, akut geriatri hastalarında %15-50 oranlarında görülür (Taylor ve Shahj 2001). Bakım evlerinde tedavi gören 75 yaşın üzerindeki 717 hastada yapılan bir çalışmada, deliryum tanısı oranı %43.9, demans tanısı oranı %46.2 ve deliryum-demans eştanısı oranı ise %18.8 olarak bildirilmiştir (Sandberg ve ark. 1998). Geriatri servisinde 225 hastada yapılan bir çalışmada yatışta hastaların %18'inin deliryum tanısı aldığı ve %24 hastada da yatış içinde deliryum geliştiği bildirilmiştir (O'Keeffe ve Lavan 1997).

Tablonun önemi yalnızca genel hastane hastalarında görülme oranının yaygınlığı ile sınırlı olmayıp, deliryum tablosunun tıbbi morbidite, hastanede yatış süresi, taburculuk sonrası gidiş üzerine belirgin etki gösterdiği bu alanda yapılan çalışmalarda sıklıkla vurgulanmaktadır (Inouye ve ark. 1999, Weinberger ve Carnes 1997).

Vurgulanan bu özellikleri ile deliryum tablosunun ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Bu çalışma, deliryum tablosunun DEÜ Hastanesi'nde istenen psikiyatri konsültasyonları içinde görülme oranının ve tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

GEREÇ VE YÖNTEM

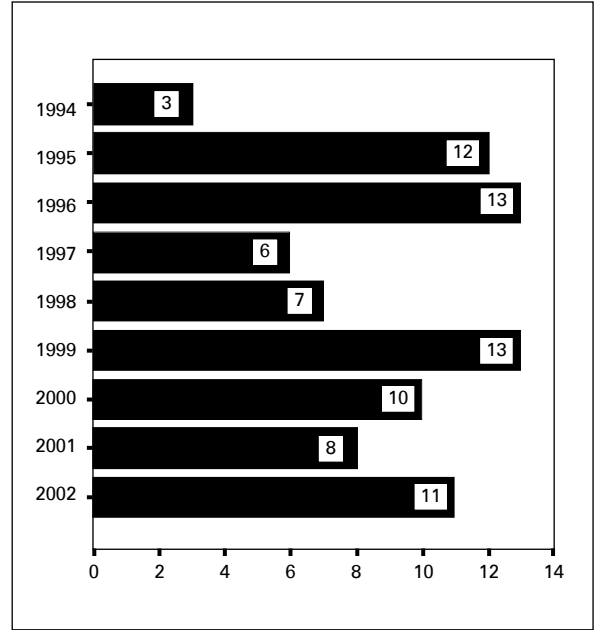
Çalışma 1994-2002 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yapılan psikiyatri konsültasyonlarına ait formların ve veritabanının geriye dönük olarak değerlendirilmesi ile yapıldı. 1994-2002 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde tedavi gören hasta sayısı ve servislere göre dağılımının belirlenmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıbbi İstatistik Birimince doldurulan Personel, Hasta ve Yatak Muvazene Formlarından yararlanıldı. Yapılan toplam 3041 psikiyatri konsültasyonu içindeki deliryum olguları değerlendirildi. DSM-IV tanı ölçütlerine göre yaş sınırlaması olmaksızın deliryum tanısı alan 234 erişkin hasta çalışmaya alındı. Çalışmada herhangi bir dışlama kriteri uygulanmadı. Veriler SPSS 11.0 programı ile değerlendirildi.

BULGULAR

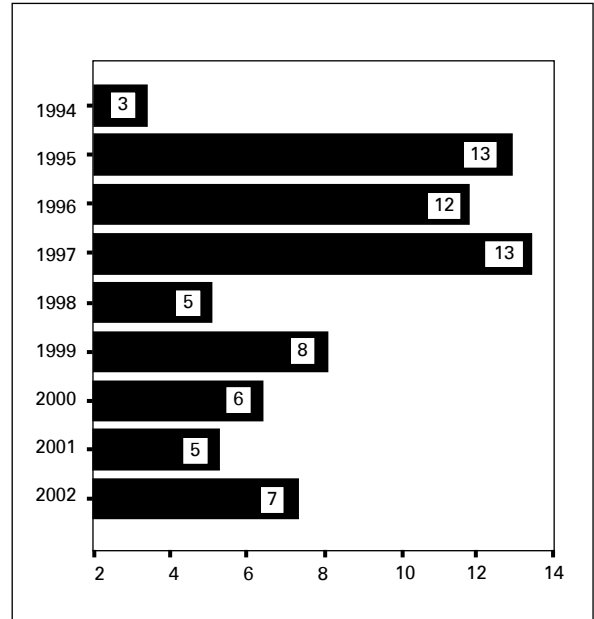
Bu dönemde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne yatırılarak tedavi edilen hastalar içinde 3041 hasta için psikiyatri konsültasyonu istendiği, bunların 234'üne deliryum tanısı konduğu, psikiyatri konsültasyonu istenen deliryum olgularının hastaneye yatan tüm hastaların yalnızca %0.1'ini oluşturduğu görüldü. Psikiyatri konsültasyonları içinde deliryum tanısı oranının ise %7.6 (n=234) olduğu tespit edildi. Yıllara göre yatan hastalar, psikiyatri konsültasyonları ve deliryum ilişkisi Grafik 1 ve Grafik 2'de görülmektedir.

DSM-IV'e göre deliryum tanısı alan 234 hastanın %36.8'inin (n=86) kadın, %62.8'inin (n=147) erkek olduğu, yaş ortalamasının 62.6 ± 17.1 olduğu bulundu. Deliryum tanılı hastaların tüm psikiyatri konsültasyonlarının %7.6'sını oluşturduğu görüldü. Deliryum için en fazla konsültasyon isteminde bulunan ilk üç servisin ise iç hastalıkları (%26.1, n=61), ortopedi (%11.5, n=27) ve göğüs hastalıkları (%10.3, n=24) olduğu görüldü. Deliryum tanısı alan hastaların %17.5'inin (n=41) yoğun bakım servislerinde yatmakta olduğu görüldü [iç hastalıkları yoğun bakım %9.4 (n=22), kardiyoloji yoğun bakım %4.3 (n=10), anesteziyoloji yoğun bakım %3.4 (n=8), göğüs kalp damar cerrahisi (GKDC) yoğun bakım %0.4 (n=1)].

Tedavide %79.4 (n=186) oranında antipsikotik



Grafik 1. Tüm yatan hastalar içinde konsültasyon istenen deliryum oranları (on binde).



Grafik 2. Psikiyatri konsültasyonları içinde deliryum görülme oranları %.

kullanıldığı, %11.1'ine (n=26) ise yalnız izlem önerildiği görüldü (Tablo 1).

Antipsikotik ilaçlar içinde ağırlığı %70.4 (n=165) ile yalnız haloperidol kullanımı oluşturmakta olup, olguların yalnız %5.1'inde (n=10) atipik anti-

Tablo 1. Tedavi grupları

Genel Tedavi Grupları	n	%
Antipsikotik	160	68.4
Antipsikotik, antidepresan, BDZP	1	0.4
Antidepresan	4	1.7
BDZP	12	5.1
Antipsikotik ve BDZP	9	3.8
Antipsikotik ve antidepresan	11	4.7
Antikolinerjik ve antipsikotik	3	1.3
Antidepresan, antikolinerjik, antipsikotik	1	0.4
Yalnız izlem	26	11.1

psikotik kullanıldığı görüldü. Uygulama yolu ise %66.3 (n=159) oral, %8.1 (n=19) parenteral olup, oral formlar içinde damla kullanımı ağırlıktaydı. Olguların %3.8'inde (n=9) ise kombine tedavi uygulandığı görüldü.

TARTIŞMA

Lipowski, 60 yaş ve üzerini deliryum için risk grubu olarak tanımlamaktadır (Lipowski 1990). Çalışmamızda 62.6 ± 17.1 olarak saptanan yaş ortalaması bununla uyumludur. Cinsiyetler arası dağılım yönünden belirgin farklılık görülmediği kabul edilmekle birlikte, ilerleyen yaşla birlikte değişen dağılımın yaşlı toplum nüfusundaki cinsiyet farklılığını yansıttığı söylenebilir. Çalışmamızda 1994-2002 yılları arasında DEÜ Hastanesi'nde yatarak tedavi gören kadın hastaların oranı %37 (n=159244), erkek hastaların oranı ise %63 (n=269584) olup, bu oranlar çalışma grubumuzdaki deliryum için konsültasyon istenen hastaların %36.8 (n=86) kadın ve %62.8 (n=147) erkek oranları ile uyumludur.

Çalışmamızda deliryumun en fazla görüldüğü kliniklerin ise iç hastalıkları (%26.1, n=61), ortopedi (%11.5, n=27) ve göğüs hastalıkları (%10.3, n=24) olması literatürle uyumludur (Lipowski 1990). Tüm yoğun bakım servisleri birlikte değerlendirildiğinde, deliryum tanısı alan hastaların %17.5'inin (n=41) yoğun bakım servislerinde yatmakta olduğu görüldü. Deliryumun en yüksek oranda görüldüğü kliniklerden biri de göğüs kalp damar cerrahisi (GKDC) kliniği olarak bildirilmek-

tedir (Schneider ve ark. 2002, Van Der Mast ve ark. 1999, Koolhoven ve ark. 1996). Çalışmamızda deliryum tanısı konan hastalar arasında GKDC hastalarının oranı %4.7 (n=11) olup, bu oranın düşüklüğü kliniğin yatak sayısının sınırlı olması sonucunda 1994-2002 yılları arasında GKDC kliniği hastalarının tüm hastane hastalarının yalnızca %2.5'ini (n=10889) oluşturması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada saptanan %0.1 oranı, literatürde genel hastanede yatan hastalarda deliryum yaygınlığı için bildirilen %11-16 oranlarının yanında çok düşük bir oran olup, deliryum tanısı nedeniyle psikiyatri konsültasyonu isteminin çok yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu yetersizlik, deliryum tablosunun hekimlerce yeterli tanınmamasından ya da psikiyatrinin deliryum hastalarındaki yaklaşımının ilgili kliniği tatmin etmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Deliryumda olguların önemli bölümüne tanı konmadığı gibi (%33-66), farklı bir psikiyatrik tanı ile (örneğin depresyon) konsültasyon istenmesi de sık görülen bir durumdur (Inouye 1994, Nicholas ve Lindsey 1995, Armstrong ve ark. 1997). Tablonun yeterli oranda tanı almaması ile birlikte, uygun olmayan tedaviler uygulanmasının alta yatan etiyolojinin üzerine yeni risk etmenleri ekleyerek mortalite ve morbidite artışına neden olabileceği düşünülmektedir (Clary ve Krishnan 2001, Meagher 2001). Tanı almayan hastalarda yatış dönemi ve sonraki izlem sürecinde uygun olmayan tedavi yaklaşımlarının uygulanmış olması olasıdır.

Bugün için deliryum tedavisinin ana ilkeleri; tablonun tanımlanması ve olası nedenlerin gözden geçirilmesi, belirtiler için psikolojik yaklaşım, belirtilere yönelik ilaç tedavisi olarak özetlenmektedir. Önerilen antipsikotik ilaçlar içinde haloperidol tedavide etkinliği, reseptör profili, güvenliği ve farklı formlarda uygulanabilirliği ile tedavi rehberleri içinde halen birinci seçenek olarak yerini korumaktadır (Trezepacz 1996, APA 1999). Bizim uygulamamızda da haloperidol kullanım oranı %70.4 olup en çok oral yoldan kullanılmaktadır. Benzer bir çalışmada haloperidol kullanım oranı %67 olarak saptanmış ve birincil uygulama yolunun da oral yol olduğu bildirilmiştir (Someya ve ark. 2001). Son yıllarda tedavide atipik antipsikotik kullanımı gündeme gelmiştir. Risperidon ve olanzapinin haloperidol ile karşılaştırıldığı çalış-

malarda her iki ilaç da etkin bulunmuştur (Schwartz ve Massand 2002, Sipahimalani ve Massand 1998, Breitbart ve ark. 2002). Literatürde deliryumun ziprasidon ve ketiyapin ile de etkin olarak tedavi edilebildiğine ilişkin olgu sunumları yer almaktadır (Leso ve Schwartz 2002, Torres ve

ark. 2001). Bu çalışmada ise atipik antipsikotik kullanım oranının %5.1 olduğu saptanmıştır. Henüz pratiğimizde yeterince yer almayan atipik antipsikotik kullanımına ilişkin kontrollü, randomize çalışmalara gereksinim olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1999) Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Breitbart W, Tremblay A, Gibson C (2002) An open label trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics*, 43:175-182.
- Clary GL, Krishnan KR (2001) Delirium: diagnosis, neuropathogenesis and treatment. *J Psychiatric Practice*, 310-322.
- Gagnon P, Allard P, Masse B ve ark. (2000) Delirium in terminal cancer: a prospective study using daily screening, early diagnosis and continuous monitoring. *J Pain Symptom Manage*, 19:412-426.
- Inouye SK (1994) The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med*, 97:278-288.
- Inouye S, Schlesinger MJ, Lydon TJ (1999) Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med*, 106:565-573.
- Koolhoven I, Tjon-A- Tsien MRS, Van der Mast RC (1996) Early diagnosis of delirium after cardiac surgery. *Gen Hosp Psychiatry*, 18:448-451.
- Leso L, Schwartz TL (2002) Ziprasidone treatment of delirium. *Psychosomatics*, 43: 61-62.
- Lipowski ZJ (1990) Delirium: acute confusional states. Newyork, Oxford University Press, s.47-53.
- Litaker D, Locala J, Franco K ve ark. (2001) Preoperative risk factors for postoperative delirium. *Gen Hosp Psychiatry*, 23:84-89.
- Meagher DJ (2001) Delirium: optimising management. *BMJ*, 322:145-149.
- Nicholas LM, Lindsey A (1995) Delirium presenting with symptoms of depression. *Psychosomatics*, 36:471-479.
- O'Keefe S, Lavan J (1997) The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *J Am Geriatr Soc*, 45:174-178.
- Sandberg O, Gustafson Y, Bransström B ve ark. (1998) Prevalence of dementia, delirium and psychiatric symptoms in various care settings for the elderly. *Scand J Soc Med*, 26:56-62.
- Schwartz TL, Massand PS (2002) The role of atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychosomatics*, 43:171-174.
- Schneider F, Böhner H, Habel U ve ark. (2002) Risk factors for post operative delirium in vascular surgery. *Gen Hosp Psychiatry*, 24:28-34.
- Sipahimalani A, Massand PS (1998) Olanzapine in the treatment of delirium. *Psychosomatics*, 39:421-429.
- Someya T, Endo T, Hara T ve ark. (2001) A survey on the drug therapy for delirium. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55:397-401.
- Taylor DG, Shahj AK (2001) Organic mental disorders. *Geriatric Consultation Liaison Psychiatry*, P Melding, B Draper (Ed), New York, Oxford University Press.
- Trezepez PT (1996) Delirium: advances in diagnosis, pathophysiology and treatment. *Psychiatr Clin North Am*, 19:429-448.
- Torres R, Mittal D, Kennedy R (2001) Use of quetiapine in delirium. *Psychosomatics*, 42:347-349.
- Van der Mast RC, Van den Broek WW, Fekkes D ve ark. (1999) Incidence of and preoperative predictors for delirium after cardiac surgery. *J Psychosom Res*, 46:479-483.
- Weinberger MW, Carnes M (1997) Diagnosis and management of delirium. *Prim Care Update Ob/Gyns*, 4:80-86.
- Wise MG, Trezepez PT (1996) Delirium (confusional states). *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, Cilt 2, JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC, The American Psychiatric Press, s.259-274.
- Wise MG (1995) Delirium due to a general medical condition, delirium due to multiple etiologies and delirium not otherwise specified. *Treatment of Psychiatric Disorders*, 2. Baskı, GO Gabbard (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press.