

Psychiatry meets Surgery

Relevanz der Psychiatrie im peri-operativen Setting

Ass. Dr. Marie-Stephanie Binder

Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

Ergebnisse der TACOS-Studie 2000

Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (25,8%)

Angststörungen (15,1%)

Somatoforme Störungen (12,9%)

Affektive Störungen (12,3%)

Essstörungen (0,7%)

Frauen häufiger von nicht-substanzbezogenen psychischen Störungen betroffen

Präoperativ

- Operationsaufklärung:
Feststellen der Aufklärungsfähigkeit
- Bei „Verhaltensauffälligkeiten“ z.B. i.R. des Aufklärungsgesprächs -> Psychiatrische Vorstellung z.B.: Angststörungen
- Bei bestehender Psychopharmaka-Therapie -> Konsultation des Psychiaters hinsichtlich Pausieren oder Ersatztherapie
Bei Patienten die keine orale Medikation über einen längeren Zeitraum prä- und/oder postop. einnehmen können:
parenterale Medikation als Überbrückung
 - Schizophrene Patienten (Lebenszeitprävalenz 1-2%)
 - Bipolare Störungen: postoperativ kann eine manische Phase auftreten.

Angst und Phobie

Die häufigsten Ängste und Phobien bestehen gegenüber:

- Die jeweilige Operation
- Nadeln
- Blut-/Transfusionen
- Übertragung von Krankheiten durch Blutprodukte (z.B.: HIV, HCV, uvm.)
- Anästhesie (Nicht mehr Aufwachen, Respirator und dgl.) – etwa 1/3 der zu operierenden Patienten

Therapiemöglichkeiten:

AUFKLÄRUNG – Zeit nehmen, Empathie

- Eine gute, empathische Aufklärung kann präoperative Angst nehmen, postoperativen Schmerz verringern und Krankenhausaufenthalt verkürzen

Verhaltenstherapie z.B.: bei Nadelphobien

Benzodiazepine

Delirprophylaxe

Prädisponierende Faktoren

- Hohes Alter – über 65 Jahre
- Geschlecht – Mann
- Psychoaktive Medikamente und Substanzen (v.a. Anticholinergika und Alkohol)
- Mangelernährung, Dehydration
- Demenz, Kognitive Beeinträchtigung
- Immobilität
- Multimorbidität
- Beeinträchtigung der ADL (activities of daily living)
- Seh-, Hörbehinderung
- Schlaganfall in der Anamnese

(© Prim. Aigner)

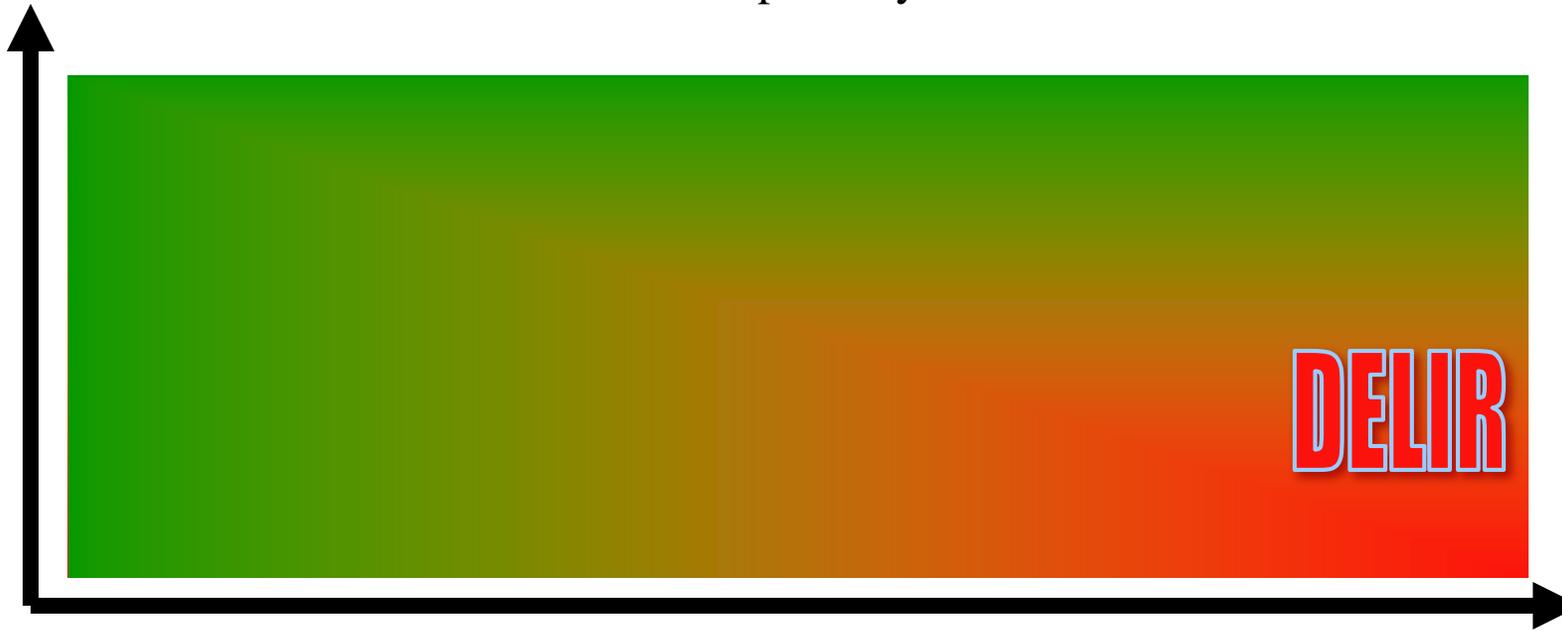
Auslösende Faktoren eines Delirs

- Medikamente (Anticholinergika, Antiepileptika, Diuretika (Exsikkose, Elektrolytenentgleisung), Digitalis, Cortikoide, NSAR)
- Akute lebensbedrohliche Erkrankung
- Infektionen (bei älteren Pat. reicht schon einen Harnwegsinfekt)
- Elektrolytstörung, Stoffwechsellentgleisung
- Hypoxie, Anämie, Herzinsuffizienz
- Zerebrale Erkrankungen
- Schmerzen
- Operationen, Blasenkatheter, Drainagen
- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen
- Mangel oder Überfluss an sensorischen Stimuli
- Psychischer Stress
- Schlafmangel
- Harn-und Stuhlverhalten

cholinerg-aminerge Imbalance

Trzepacz (2000) Acetylcholine deficiency and dopamine excess---absolute and/or relative to each other---appear to be critical in the final common pathway of delirium.

Acetylcholin



Katecholamine

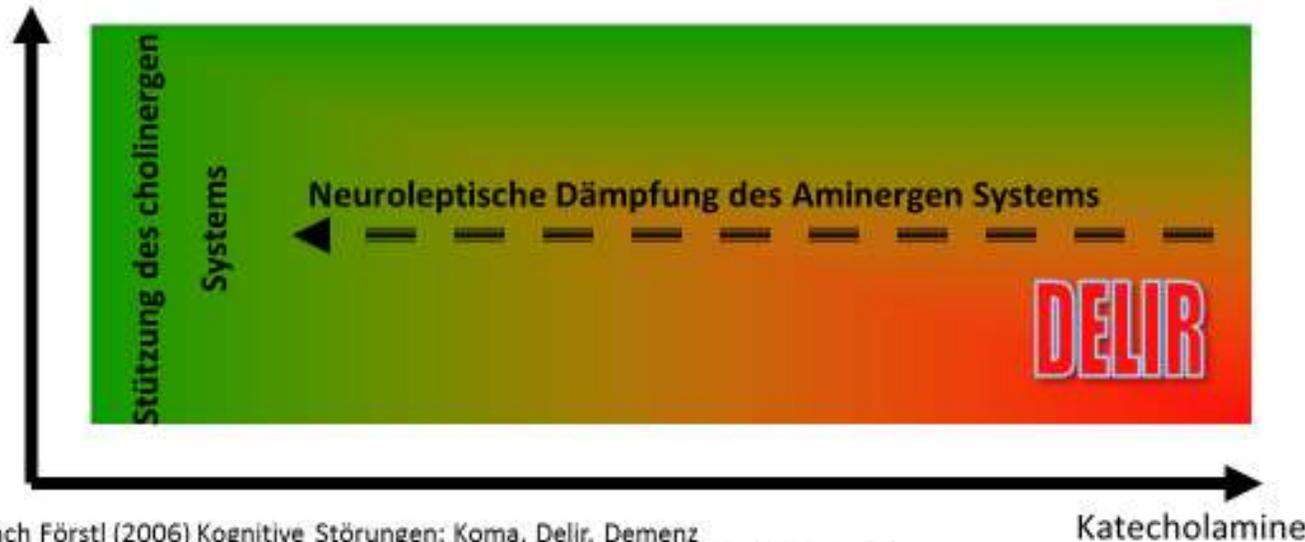
(© Prim. Aigner)

nach Förstl (2006) Kognitive Störungen: Koma, Delir, Demenz

nach Trzepacz (2000) Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. Semin Clin Neuropsychiatry 5(2):132-48.

cholinerg-aminerge Imbalance

Acetylcholin



(© Prim. Aigner)

nach Förstl (2006) Kognitive Störungen: Koma, Delir, Demenz
nach Trzepacz (2000) Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. Semin Clin Neuropsychiatry 5(2):132-48.

Postoperatives Delir

- Frühsymptome: Ängstlichkeit, psychomotorische Unruhe, erhöhte Reizbarkeit
 - Wechselnde Bewusstseinslage (zw. leichte Minderung und Koma)
 - Kognitive Beeinträchtigung (red. Aufmerksamkeit, Desorientierung, St. des Gedächtnisses..)
 - Wahrnehmungsstörungen, v.a. mit optischen Halluzinationen (kleine Tiere, Verkennungen)
 - Psychomotorische Störungen (Erregung/Unruhe oder psychomotorische Hemmung/Apathie; **hyperaktiv vs hypoaktiv-hypovigilantes Delir**)
 - Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
 - Affektive Störungen
 - Vegetativ: Gesteigerter Sympathikotonus -> Tachykardie, Schwitzen, Fieber, BD-Anstieg, Erbrechen, Diarrhö, Tremor
- Rasche Entwicklung (Stunden bis wenige Tage), starke Fluktuationen der Symptomen**

- Hohe Prävalenz während eines KH Aufenthalts (5-60%)
- Postoperativ v.a. nach lang dauernden, schweren Eingriffen

Bis zu 40% bei orthopädischen Patienten
zwischen 25-40% bei Herzchirurgischen Patienten
etwa 30% bei urologischen Patienten
5-25% allgemeinchirurgische Patienten

Wichtig zur Früherkennung des Delirs

Kontakt mit Angehörigen

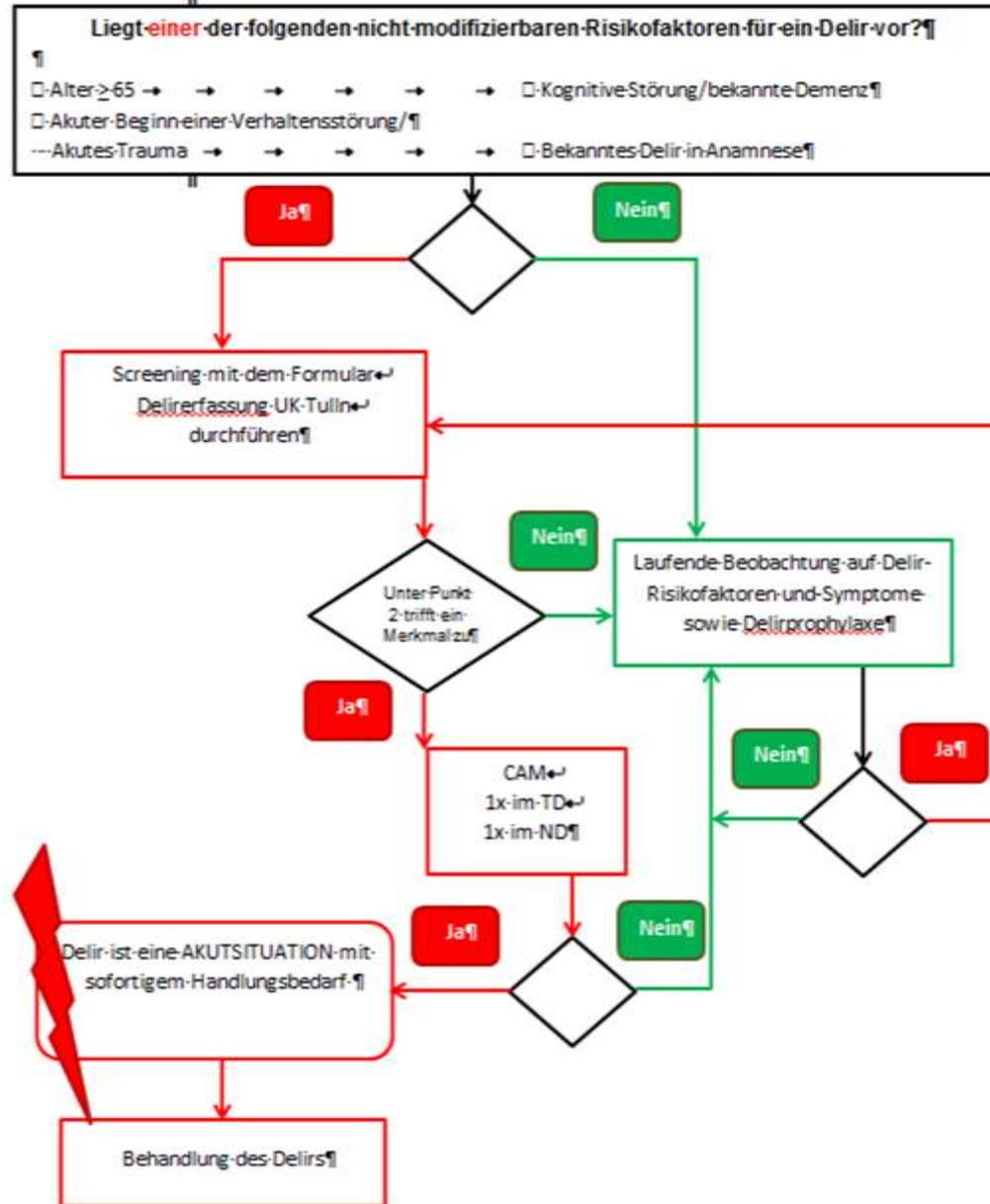
-> Außenanamnese (mentales Zustandsbild erheben)

Delirerfassung im UK Tulln

CAM: Confusion Assessment Method

Es spielt keine entscheidende Rolle, welches Scoringssystem als Screening verwendet wird, sondern dass es konsequent und regelmäßig durchgeführt wird!

Delirerfassung



(© Prim. Aigner)



Patientenetikette

Delirerfassung UK Tulln

- 1 **Vorscreening**
- Alter \geq 65 Kognitive Störung / bekannte Demenz
 - Akuter Beginn einer Verhaltensstörung / Akutes Trauma
 - Bekanntes Delir in Anamnese

- 2
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sensorische Störung (Sehen, Hören) | <input type="checkbox"/> Sehr stark verbalisierte andauernde Schmerzen (BESD ab 2) |
| <input type="checkbox"/> Kombination vieler Medikamente (Polypragmasie) | <input type="checkbox"/> Medikamente / Alkoholmissbrauch (v. Benzodiazepine, NSAR) |
| <input type="checkbox"/> Selbstfürsorgedefizit (v.a. Immobilität) | <input type="checkbox"/> Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Multimorbidität (> 3 Erkrankungen) | <input type="checkbox"/> Schlafentzug |

CAM: Confusion Assessment Method Sensitivität 94 – 100 %, Spezifität 90 – 95 %

3	CAM Confusion Assessment Methode	Datum																
		HZ																
1. Akuter und Fluktuierender Verlauf		Box 1																
a) gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im <u>Grundzustand</u> des mentalen Status des Patienten?		<input type="checkbox"/>																
b) Fluktuiert das (veränderte) Verhalten während des Tages, d. h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer?		<input type="checkbox"/>																
2. Aufmerksamkeitsstörung																		
Hatte der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren z.B.: war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?		<input type="checkbox"/>																
3. Formale Denkstörung		Box 2																
War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklar oder unlogischer		<input type="checkbox"/>																
4. Veränderte Bewusstseinslage																		
Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten		ja	<input type="checkbox"/>															
Wach - Alert (normal)			<input type="checkbox"/>															
Hyperalert (überspannt)			<input type="checkbox"/>															
Somnolent (schläfrig, leicht weckbar)			<input type="checkbox"/>															
Soporös - Stuporös (erschwert weckbar)			<input type="checkbox"/>															
Koma (nicht weckbar)		<input type="checkbox"/>																
wurden Kriterien in dieser Box angekreuzt?																		
Wurden (1a od. 1b) und 2 mit Ja angekreuzt und 1 Kriterium aus Box 2 ist ein		<input type="checkbox"/>																
Delirium möglich - wahrscheinlich		<input type="checkbox"/>																
Wurden alle Kriterien in Box 1 und zumindest ein Kriterium in Box 2 angekreuzt, ist die Diagnose		<input type="checkbox"/>																
Delirium wahrscheinlich sicher		<input type="checkbox"/>																

Präventive Maßnahmen

- Orientierung geben
- Schmerzen behandeln
- Frühzeitige Mobilisation
- Kommunikation fördern
- Auf ausgeglichenen Ernährungs- und Flüssigkeitshaushalt achten
- Reizüberflutung vermeiden
- Fixierungsmaßnahmen reduzieren
- Gewohnten Schlaf-Wachrhythmus ermöglichen
- Sauerstoffversorgung sicherstellen

Delirprophylaktische Maßnahmen

Eine sichere Empfehlung für eine generelle medikamentöse Delirprophylaxe kann derzeit nicht gegeben werden

- Niedrigdosierte Gabe von Antipsychotika (Haloperidol, Risperidon, Olanzapin, Aripiprazol, Quetiapin)
- Gabapentin (900 mg/d)
- Melatonin und Melatoninagonisten (Ramelteon)

- Möglichst kurze Narkose und Operationsdauer
- Verzicht auf Anticholinergika und Benzodiazepine (außer bei Alkohol- und Sedativaentzug)

Das Delirium hat bei älteren Menschen bei 25 – 69 %
eine schlechte Prognose, je nach untersuchter
Patientengruppe (Dasgupta & Brymer, 2013).

Der Prävention von deliranten Zuständen kommt daher
eine besondere Bedeutung zu.

(© Prim. Aigner)

Stufenschema des Delirs

- ▶ Therapie auslösender Faktoren (z.B.: Exsikkose, ...)
- ▶ Überprüfung der Medikation (Anticholinerg,...)
- ▶ Überwachung der Vitalparameter (ICU notwendig?)

- ▶ Orientierungsfördernde Maßnahmen
- ▶ Vermeidung von Reizdeprivation
- ▶ Kontinuität der pflegerischen Betreuung
- ▶ Strukturierung des Tag-Nacht-Rhythmus (evtl. Lichttherapie)

Medikamentöse Behandlung von postoperativem Delir

- Antipsychotika: kurzzeitig (Tage bis Wochen)
Risperidon, Quetiapin, Olanzapin, Aripiprazol, niedrig dosiert Haloperidol
Quetiapin und Aripiprazol v.a. bei hypoaktivem Delir
Olanzapin v.a. bei hyperaktivem Delir
- Benzodiazepine:
Behandlungsversuch mit Lorazepam bei jüngeren Patienten.

Präparat	Indikation	Dosis	CAVE
Haloperidol	Psychotische und delirante Zustandsbilder, schwerste Erregungszustände	5-10mg i.v. max.60mg	QTc EPS Beim Älteren Pat. niedriger dosieren
Olanzapin	Psychosen Erregungszustände	5-20mg p.o.	keine i.v.
Risperidon	Psychosen Erregungszustände	p.o. 2-4 mg	QTc keine i.v.
Quetiapine	Psychosen Erregungszustände	25-50mg max.200mg bei Älteren	keine i.v.
Lorazepam	Ängste Erregungszustände	p.o. -2,5mg i.v. -1mg	Hypotonie Atemdepression

Alkoholabhängigkeit

Ein Alkoholentzugssyndrom kann aus einer „Routine“ Operation ein Fiasko machen.

Dauer: 2–5 Tage, selten länger

Komplikationen

- hirnorganische Krampfanfälle in 1–4 %, Stressulzera, Pneumonie
- Ausgang: Remission, Korsakow-Syndrom, alkoholische Demenz, Wernicke- Enzephalopathie, in 1–3 % letaler Ausgang

Zudem neigen alkoholranke Patienten aufgrund der Malnutrition zu erhöhter Blutungsneigung, Wundheilungsstörung, Infektionsrisiko, Cardiomyopathien und Neuropathien

Daher früh detektieren: Anamnese (Trinkgewohnheiten, Angehörigenanamnese)

Labor (Transaminasen, GGT, MCV, Ery`s)

Alkoholentzugstherapie mittels Benzodiazepine

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!