

## Palyatif Bakımda Deliryum

Prof. Dr. Hayriye Elbi

Ege Ü. Tıp F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, Palyatif Bakım Merkezi

Deliryum, herhangi bir tıbbi nedenle beynin kısa bir sürede yaygın olarak etkilenmesi, bozulmasıyla ortaya çıkan, bilincin başka bilişsel yetelerin davranışların ağır derecede bozulduğu bir sendromdur. Kendi başına bir hastalık değil, farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan akut beyin yetmezliği durumudur. Hızla başlayan, bilinç, dikkat, yönelim ve duygu durum değişiklikleri belirtilerinin gözlendiği bir klinik bozukluktur. Davranışsal belirtiler egemen olduğu için yanıltıcı olabilese de ölüm riskini arttıran bir tıbbi acil durumdur. Gün içinde değişiklikler gösterir, özellikle akşamları kötüleşme, bilinçte gün içi bulanıklıklar ve açılmalar görülebilir. Organik nedenlerle gelişen ve genellikle geçici bir tablodur. Akut Konfüzyonel Durum, Akut Beyin Sendromu, Metabolik Ensefalopati, Toksik Psikoz, Akut Beyin Yetmezliği gibi birçok ismi vardır. İlk kez 1909'de Bonhoeffer deliryumu akut beyin yetmezliğinin klinik bir görünümü olarak tanımlamıştır. 1940'larda George Engel ve John Romano; tanımlamaya ayrıntılar ekleyerek dikkat ve diğer kognitif bozuklukların sendromu en iyi gösteren özellikler olduğunu, bu durumun EEG'de yavaş dalga özellikli "akut beyin yetmezliği" ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Zbigniew Jerzy Lipowsky; 1960'lardan günümüze kadar "deliryum" kriterlere göre tanımlanmasına ve öneminin artmasında etkili olmuşlardır.

Deliryum sıklıkla birçok nedenin bir araya gelmesi ile oluşur ve temel tedavisi ortaya çıkaran nedenlerin düzeltilmesidir. Deliryumun ortaya çıkmasında katkıda bulunan nedenleri araştırmak ve düzeltmek ana hedefimiz olduğu için nedenlerin ayrıntılı araştırılması çok önemlidir. Özellikle yaşlı, demans, işitme ve görme kayıpları, ağrıları yeterli tedavi edilmemiş, daha önce de deliryum geçirmiş, alkol/madde kullanımı olan hastalar deliryum açısından daha risklidir.

### **Olası etyolojik faktörler:**

Doğrudan Merkezi Sinir Sistemi ile ilişkili nedenler; Beyin tümörleri (primer, metastatik), Nöbetler, Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonları, Serebrovasküler Olaylar,

Sistemik nedenlerle ilişkili; Hipertermi, Organ yetmezlikleri (Üremi, Hepatik ensefalopati, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner ödem, pulmoner emboliye bağlı yetmezlikler)

Elektrolit bozuklukları, Hipernatremi/hiponatremi, hipo/hiperkalsemi

İlaçlarla ilişkili; Kemoterapötikler, steroidler, opioidler, antikolinergikler, antihistaminikler, antiviraller, benzodiazepinler, antidepresanlar,

Enfeksiyonlar; Sepsis, fırsatçı enfeksiyonlar

Hematolojik problemler; şiddetli anemi, dissemine intravasküler koagülasyon, hiperkoagülabilité durumları

Nütrisyonel eksiklikler; Dehidratasyon, konstipasyon, üriner retansiyon

Paraneoplastik sendromlar;

Nikotin/Alkol/Madde/sedatif ilaçların yoksunlukları



## DSM IV e göre Deliryum Tanı Kriterleri

- A. Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu (evrede olup bitenin farkında olma düzeyinin azalması).
- B. Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması.
- C. Bu bozukluk kısa bir süre içinde gelişir (genellikle saatler, günler içerisinde) ve gün içinde dalgalanma eğilimi gösterir.
- D. yk, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

### Klinik Görünümü

Hızlı başlangıçlıdır, iyi gibi görünen bir hasta saatler içinde değişebilir, bilinç dalgalanır, bulunduğu yer, zaman, kişiler konusunda yanılabilir. Gün içinde arada her şeyin farkında olduğu, bilincinin açık olduğu zamanlar olabilir. Dikkatini toplayamaz, konuşmayı sürdürmede güçlükler yaşayabilir. Grsel varsanıları nedeni ile odada olmayan kişilerden söz edebilir, çarşafın üzerindeki çiçekleri gerçek sanabilir veya etraftan bir şeyler topluyormuş gibi davranabilir. Tedavi ekibi ve aile üyelerinden şüphelenebilir. Tüm gece uyanık kalıp gündüzleri uyuyabilir. Hasta şaşkın, tuhaf ve amaçsız, hedefsiz görünebilir. Bilinç bulanıklığı, nerede olduğunu kavrayamama, kapı, pencereyi ayırt edememe, zarar göreceği, çevresindeki kişilerin ona kötülük edeceği gibi sanrı ve halüsinasyonlar nedeniyle kendisine ve çevresine zarar verme riski vardır (yksekteen düşme, sonda-katater çekme, çevresindekilere yönelik saldırgan davranışlar gibi)

Özetle, Deliryum hastası

- 1) Genel görünüm ve davranış: Dışarıdan şaşkın görünüm, anlamsız hareketler yapma, dalgın ve uykulu haller.
- 2) Konuşma ve ilişki kurma: Konuşmada bozukluk, dağınıklık ve bağlantısız durum olur ve hasta ile ilişki kurulamayabilir,
- 3) Duygulanım: Anksiyete, panik ve tedirginlik görülür.
- 4) Bilişsel yetiler: Bilinç bulanık ve sislidir. Yönelim ileri derecede bozulmuştur. Dikkat çok dağınıktır. Algıda yanılsamalar ve varsanılar, bellekte bozukluklar görülür. Soyut düşünme ve yargılama yetisi zayıflar.
- 5) Düşünce süreci ve içeriği: Düşünce dağınık ve belirsizdir. Düşünce içeriği kalıplaşmış şekildedir.
- 6) Hareketlilik: Bazen çok hareketli bazen de durgunluk ve dalgınlık.
- 7) Bedensel ve fizyolojik belirtiler: Uyku-uyanıklık düzeni bozulur. Titremeler ve denge bozukluğu sık görülür. Taşikardi, yüz kızarması, terleme görülebilir.



Deliryum hastası çok hareketli, saldırgan olabileceği gibi durgun, yavaşlamış da olabilir. Hareketlilik düzeyine göre hiperaktif, hipoaktif, karma tip olarak üçe ayrılır. Hiperaktif Deliryum: Çevresindeki uyaranlara aşırı duyarlıdır, uyarılabilirliği artmıştır. Hipoaktif Deliryum: uykuya eğilimlidir, dikkati odaklama yetisi bozuktur. Karma Deliryum: Her iki türün belirtileri bir arada olabilir.

#### **Belirtiler:**

Bilinç Değişiklikleri.

Dikkat ve dikkati sürdürmede bozulma

Yönelim bozukluğu (zaman, yer ve kişi)

Algı bozuklukları (görsel, işitsel, dokunma, koku halüsinasyonlar)

Düşünce bozuklukları (sanrılar)

Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması

Hareketliliğin artışı (amaçsız hareketlilik, ajitasyon) ya da azalması gözlenebilir

Hastanın şaşkın bir görünümü olabilir

Gün içerisinde dalgalanma gösterir (tam iyilik hali gözlenebilir)

#### **Fizik Muayene**

Altta yatan nedene bağlı olarak fizik muayene bulguları değişebilir veya hiçbir muayene bulgusu olmayabilir

#### **Ölçme-Değerlendirme**

Tam kan kontrolü, biyokimya tetkikleri yapılmalıdır, ön tetkiklerden sonra daha ayrıntılı değerlendirmelere geçilir. Yatkınlaştırıcı faktörler, metabolik, biyokimyasal nedenler, enfeksiyon olasılığı, kullandığı ilaçlar, organ yetmezlikleri, olası toksik maddeler düşünölmelidir. Duyu kayıpları (işitme, görme) hem yatkınlaştırıcı hem de etyoloji açısından kontrol edilmelidir. Palyatif bakım hastalarında kullanıyor olma olasılığı yüksek olan opioidlerin fazla alınmış olma yada artık yeterince atılamıyor olma olasılığını dikkate alıp opioid toksisitesini araştırmalıdır (sersemlik, ajitasyon, miyokloni, dokunmaya aşırı duyarlılık) opioid dozunu 1/3 oranında azaltıp deliryum devam ederse farklı bir opioidle değiştirilebilir. Uzun süren kabızlık, üriner retansiyon, kateter sorunlarını kontrol etmek önerilir.

Palyatif Bakım hastasında Deliryum derecelendirme ölçeği, Mini Mental Durum Muayenesi gerektiğinde kullanılabilir.



## Tedavi

Deliryumun birincil tedavisi daha önce de belirttiğimiz gibi altta yatan nedeni bulup düzeltmektir. Çoğu hastada tek bir neden bulunup düzeltilmesi gibi bir sonuca ulaşamayız. Kontrol edilmesi gereken tüm işlevleri ve testleri kontrol edip düzeltmeye çalışırken hastayı tehlikeye sokabilecek davranış sorunlarını dikkate almak, bilinç düzelmesine katkıda bulunmak üzere günlük yaşama uyum sağlanması için hatırlatmaları düzenlemek tedavi sürecine katkıda bulunur. Hipoglisemi gibi tıbbi aciliyeti olan etyoloji araştırması yapıp beden işlevlerinin (Hidrasyon, oral beslenme, idrar gayta çıkışının takibi ve hareketliliğın sağlanması) kontrolü sonrası davranışsal yaklaşımları planlamalıyız.

Hasta sessiz, aydınlık bir odada bulunmalı, geceleri odanın ışığı tam karanlık değil loş olmalıdır. Hasta ailesinin eğitimi, yönelim sağlanmasına yönelik uygulamalar (saat, takvim, aile fotoğraflarının bulundurulması), yeterli sıvı ve beslenmenin sağlanması, yeterli uyarının verilmesi, örneğın hastayı yüzleştirmeden, zorlayıcı olmadan yer, kişi, zaman bilgilerini hatırlatmak hastanın gün ışığından yararlandırılması; gürültünün azaltılması, tanıdığı bir refakatçisinin olması gibi. Ayrıca hastaya bakan sağlık personelinin aynı kalması da hasta uyumunu artırır. Hastanın uyumunun sağlanması için tek başına kalmaması, mümkünse kontrollü olarak hareketli tutulması, ancak kendine ya da çevreye zarar verme riski varsa uygun şekilde hareket kısıtlaması yapılması önerilir.

Gözlük, işitme cihazı varsa kullanılması uygundur, böylece hasta çevresel uyaranlara açık hale gelebilir.

## İlaç tedavisi

Davranışsal semptomlar kontrol altına alınamadığında ilaç tedavisine başlamak gerekir. Hastanın gün içinde arada iyi olması deliryumun düzeldiği anlamına gelmez, 72 saat bilinci açık olduğunda hastanın deliryumu iyileşmiştir ve ilaç tedavisi kesilebilir. Düzenli kontrol edip ve hasta iyileşir iyileşmez ilacı azaltarak kesmelidir.

Haloperidol en uzun süredir Deliryumda kullanılan ve hakkında en çok bilginin olduğu ilaçtır. Tedavide ilk seçenektir. Haloperidol (0.5- 3 mg oral/gün başlangıç dozu, gerekirse 2 saat sonra tekrarlanarak maksimum 10 mg/gün) ile izlenmesi önerilir. Ekstrapiramidal yan etkiler (distoni, rijidite gibi) genellikle 5 mg/gün üzerindeki dozlarda gözlenir. Kardiyak açıdan QT aralığında uzama ve aritmiler gelişme riski vardır. EKG izlemi yapılmalıdır.

Benzodiazepin deliryum tedavisinde önerilmez. Alkol ve sedatif/hipnotik yoksunluğu deliryumunda ise ilk tercih benzodiazepin olmalıdır.

Deliryum tedavisinin en önemli üç önceliği

Altta yatan nedenin tespit edilmesi, mümkünse düzeltilmesi

Çevre düzenlenmesi

Palyatif bakımda opioid toksisitesi, steroid deliryumlarının en sık olduğunun bilinmesidir.

## Süreç

Deliryum genelde bir haftadan kısa sürer. Hasta ne kadar *yaşlı* ve deliryumda olma süresi ne kadar fazla ise, deliryumun çözülmesi o kadar uzun sürer. Deliryum ölüm riskinin artması demektir, bunun da nedeni çoğunlukla altta yatan ilişkili tıbbi durumdur.



## Hasta/yakınları eğitimi ve iletişim

Deliryum hasta yakınları için korkutucu bir deneyimdir. Hastalarına ne olduğunu, düzelip düzelmeyeceğini bilememek onları endişelendirir. Hasta yakınları ne olduğu, neler yapılacağı ve nasıl bir gidiş beklendiği konusunda bilgilendirilmelidirler. Atak sırasında neler yapılabileceği her hastanın özelinde değerlendirilmeli, hasta yakınları bilgilendirilmesi belirli aralıklarla devam etmelidir.

## Kaynaklar

1. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (**DSM-5**), **Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı** (Çev. Jan 2013. Amerikan Psikiyatri; Birliği. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013)
2. Macleod AD. The Psychiatry of Palliative Medicine. Radcliffe Publishing London UK. Second Ed. (2011)
3. Breitbart W, Chochinov HM, Alici Y. Palliative Care. In: Levenson JL (Ed). Textbook of Psychosomatic Medicine Psychiatric Care of the Medically Ill. American Psychiatric Publishing. Arlington, USA;2011.pp.1053-1084.
4. Brendel RW, Wei M, Epstein LA, Cassem NH. Care at the end of life. In: Stern TA,Fricchione GL,Cassem NH, Jellinek MS,Rosenbaum JF(Eds). Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry. Elsevier.Philadelphia, PA,USA;2010. pp.555-563.
5. Caplan JP, Cassem NH,Murray GB, Park JM, Stern TA. Delirious patients. In: Stern TA,Fricchione GL,Cassem NH, Jellinek MS;Rosenbaum JF(Eds). Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry. Elsevier.Philadelphia, PA,USA;2010. pp.93-152.
6. Jaiswal R, Alici Y, Breitbart W. A Comprehensive review of palliative care in patients with cancer. International Review of Psychiatry ,2014; 26(1): 87-101.
7. Lederberg MS, Joshi N. End-of-life and palliative care. In: Sadock BJ, Sadock VA (Eds).Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.Philadelphia,PA,USA;2005. pp. 2336-2366.

