

Delirium i palliativ vård

TEXT // PER FÜRST

Delirium, även kallat konfusion, kognitiv svikt eller helt enkelt förvirring, är det vanligaste neuropsykiatriska problemet hos patienter med avancerad sjukdom. Förvirring kan medföra försämrad livskvalitet för både patienter och närstående, men även för sjukvårdspersonalen som kan känna sig maktlös. Omkring 40 procent av patienter som skrivs in i palliativ slutenvård har någon grad av delirium redan vid inskrivningen och upp till 88 procent har det någon gång under de sista veckorna eller dagarna i livet. Delirium är alltså ett mycket vanligt symtom och när det uppträder är det ofta ett tecken på att livets slut närmar sig.

Patofysiologi

Om man tänker på det som "hjärnsvikt" kan det underlätta förståelsen för hur delirium uppkommer. Även unga och friska människors hjärnor kan ju svikta om de utsätts för tillräckligt hög kroppslig eller psykisk stress. Oftast ligger gränsen för svikt väldigt högt, därför blir vi inte förvirrade. Men om kroppen redan är påverkad av till exempel sjukdom, smärta, störd nattsömn, miljöbyte, oro, dehydrering och metabola rubbningar som hyponatremi eller hypercalcemi, ligger gränsen mycket lägre. Då är det egentligen inte så förvånande, utan snarare förväntat, att ytterligare belastning får hjärnan att svikta. Känsligheten verkar också öka med stigande ålder. Den utlösande faktorn behöver inte alltid vara så påtaglig, kanske bara en natt med dålig sömn. Det kan också vara en lättare infektion eller ett nyinsatt läkemedel som rubbar balansen mellan signalsubstanserna i hjärnan som då märks som ett förvirringstillstånd.

Orsaken till att det blir så är störningar i bland annat dopaminerga och kolinerga bansystem i hjärnan. Mycket är fortfarande oklart, men det är en kombination av direkta effekter av sjukdomar, läkemedel och metabola störningar. Helt enkelt för stor belastning på hjärnan som då leder till ett ofta snabbt påkommet förvirringstillstånd. Typiskt är att symtomen kommer och går över dygnet. Oftast är det minst symtom på förmiddagarna och dagtid, och mer symtom kvälls- och nattetid.

För närstående kan den plötsligt uppträdande förvirringen vara skrämmande. Det är inte heller ovanligt att patienterna själva är medvetna om sin förvirring och att de även efter förvirringsepisoden kan berätta om vad som hände under tiden. Ibland beskriver de att det var en obehaglig upplevelse.

Hyperaktivt och hypoaktivt delirium

Man brukar dela in delirium i två huvudtyper; hyperaktivt och hypoaktivt delirium. Det är hyperaktivt delirium som märks tydligast. Det kännetecknas av agitation med rastlöst beteende,

ökad vakenhet och uppmärksamhet, påverkan på minne, orienteringsförmåga, språk, känslor och sinnesintryck, ibland med vanföreställningar. Det är inget man missar, men det kan misstas för en psykos eller ett akut ångestillstånd. Hyperaktivt delirium utgör ungefär en tredjedel av delirierna.

Långt vanligare är hypoaktivt delirium, som står för två tredjedelar. Det är dessvärre lättare att missa. Symtomen kan lätt misstas för fatigue eller depression eftersom patienten mest ter sig slö och dåsig, förefaller glömsk med långsamma svar på frågor, har sparsam motorik och minskat intresse för och medvetenhet om vad som försiggår runt omkring. En depression utvecklas över längre tid, innebär oftast inte medvetandepåverkan och fluktuerar inte på samma sätt. Även en svårt dement patient skulle i ögonblicket ha många likheter med en patient med hypoaktivt delirium, men också vid demens utvecklas symtomen långsamt och över lång tid. Vår förvirrade patient på akuten eller på avdelningen med akut delirium var ofta för bara några timmar sedan fullt vaken, klar, redig och kanske uppegående. Det förekommer också en blandform där växling från hypoaktivt till hyperaktivt delirium kan gå fort och komma plötsligt.

Behandling

Så vad finns då att göra? Delirium beror på någon eller flera bakomliggande organiska orsaker, som det dessvärre många gånger är svårt att göra något åt. Det blir extra tydligt när det handlar om patienter med svåra sjukdomar som närmar sig livets slut och där den återstående tiden är mycket begränsad. Allt mer talar för att det mest effektiva och kanske enda man kan göra för att minska symtomen är att försöka begränsa utlösande faktorer.

Opioider eller läkemedel med antikolinerga biverkningar ligger ofta bakom hyperaktiva delirier och opioidrotation eller förändrad medicinering kan hjälpa. Typiska läkemedel med antikolinerga biverkningar är amitriptylin, skopolamin, flera antihistaminer och läkemedel mot inkontinens samt en del

bensodiazepiner. Även propiomazin och tramadol ger liknande biverkningar. Hypoaktivt delirium har oftare samband med hypoxi, metabola störningar eller infektion.

Lawlor et al. (1) beskrev att man kunde få delirium att gå tillbaka hos upp till 50 procent av patienter med avancerad cancer i livets slutskede genom förändrad medicinering och rehydrering. När hypoxi och metabola rubbningar låg bakom lyckades man däremot sällan minska förvirringen. Andra åtgärder som ångestlindring, lugn och ro samt mänsklig närvaro har också stor betydelse för att minska deliriet.

Farmaka

Neuroleptika har länge använts för att lindra symtomen vid delirium. Det har funnits svag evidens för att de har kunnat bidra till minskad agitation vid hyperaktivt delirium samt minskad sedering och bättre kognition vid både hyper- och hypoaktivt delirium (2). Kliniskt i palliativ vård har haloperidol rekommenderats i första hand. Andra äldre neuroleptika har visserligen likvärdig effekt, men ger mer biverkningar. Modernare, så kallade atypiska neuroleptika, är långsammare till effekt, men med färre biverkningar. Det handlar om korta kurer och låga doser, typiskt 1-4 mg haloperidol per dygn, uppdelat på flera doser. En klok strategi är att starta med låg dos och eventuellt vid behov trappa upp den..

Även bensodiazepiner används, men med viss försiktighet på grund av risken för oönskade biverkningar, och kombineras därför gärna med låg dos neuroleptika. En välgjord och alldeles färsk studie, den första i sitt slag, visade dock att patienter i palliativ vård med mildt till måttligt delirium fick mer symtom när de behandlades med neuroleptika än med placebo (3). Det är därför sannolikt att dagens rekommendationer kring neuroleptika vid delirium i palliativ vård kommer att ändras och deras roll att tonas ner. Troligen kommer man att ännu tydligare betona screening för tidigare upptäckt av delirium för att på så sätt lättare kunna behandla bakomliggande orsaker.

Delirium hos den döende

En stor klinisk utmaning kan vara delirium hos patienter som är i själva döendefasen, ofta kallat terminalt delirium. Orsakerna bakom förvirringen är då ofta irreversibla och symtomen med ibland kraftig psykomotorisk oro kan bli svåra att kontrollera. Särskilt påtagligt är det ofta hos något yngre patienter. Om deliriet är outhärdligt plågsamt för patienten kan det enda återstående alternativet för symtomlindring vara palliativ sedering.

Det måste i så fall förankras med patienten och i de flesta fall också med närstående. Vanliga läkemedel är bensodiazepiner i kombination med propofol. Palliativ sedering har inte kunnat visas påverka återstående livslängd (4).

”

Allt mer talar för att det mest effektiva man kan göra för att minska symtomen i livets slutskede är att begränsa utlösande faktorer

Ska man behandla?

Det finns de som argumenterar för att delirium är en naturlig del av döendet och inte alls ska behandlas. Många hypoaktiva delirier är stillsamma och kanske kan fungera som ”krockkudde mot döden”, men ett hyperaktivt delirium med otäcka hallucinationer verkar vara oerhört jobbigt för både patient och närstående. God framförhållning, behandla bakomliggande orsaker, mänsklig närvaro och att förutse och prata om vad som kan komma framöver är en viktig del i behandlingen. I den akuta situationen kommer dock troligen både neuroleptika och bensodiazepiner att fortsätta spela en roll ännu ett tag framöver.

Referenser

1. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000;160:786-94.
2. Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;Cd005594.
3. Meera R, Lawlor P, Quinn S, et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care. A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2017;177(1):34-42.
4. Vitetta L, Kenner D, Sali A. Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2005;22:465-73.



Per Fürst

Överläkare, specialist i palliativ medicin, doktorand