

Deliriumbehandling – nytter det slet ikke?

I en statusartikel af *Andersen et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger, side 1858, bringes et overblik over evidensen for anvendelse af andengenerationsantipsykotika til behandling af delirium. En velkommen opdatering/databehandling af dette komplekse neuropsykiatriske syndrom er af overordentlig stor betydning. Dels på grund af tilstandens hyppighed, dels pga. dens forløb, komplikationer og sequelae. Delirium – eller akut organisk psykosyndrom – forekommer hos op til 22% af patienterne, der er indlagt i medicinsk regi, og hos helt op til 80% af patienterne i intensivt regi [1]. Enhver klinisk arbejdende læge vil stifte bekendtskab med disse bevidsthedsplumrede, urolige, søvnforstyrrede, synshallucinerede og ofte angstpatienter. Delirium er en risikabel affære for den enkelte patient samt forbundet med længere tid til restitution, længere indlæggelse, øget mortalitet og kognitive sequelae [1]. Delirium medfører desuden en ikkeubetydelig tvangsanvendelse – ganske vist ikke den type tvang, der får mest medieomtalt eller politisk opmærksomhed. Frihedsberøvelse med somatisk udstationering, tvangsbehandling af somatisk sygdom og fiksering anvendes indimellem hos delirøse patienter, når de i deres angst og forpinte tilstand insisterer på at forlade en somatisk afdeling, nægter livsvigtig behandling eller endda udviser ikke ubetydelig aggressiv adfærd. I 2011 blev 940 voksne personer tvangsbehandlet i Danmark – de 270 blev tvangsbehandlet for somatisk lidelse [2], hvilket meget ofte sker i relation til delirium.

Det er derfor noget nedslående at læse, at *Andersen et al* ikke finder holdepunkter for evidensbaserede anbefalinger om anvendelse af andengenerationsantipsykotika ved delirium. Dertil kommer, at det traditionelt anbefalede og anvendte førstegenerationspræparat haloperidol er udgået af de seneste guidelines fra American College of Critical Care Medicine, da der også for dette præparat er utilstrækkelig evidens for effekt. De beskrevne studier er imidlertid få og med uens design, og forfatterne konkluderer heldigvis, at det er et lægeligt skøn, om den delirøse patient i det enkelte tilfælde kan have gavn af behandlingen, for antipsykotika og især haloperidol anvendes i udstrakt grad ved delirøse tilstande. Den kliniske erfaring er ofte, at antipsykotika mildner uro, angst og psykotiske symptomer, hvilket ikke mindst kan være nødvendigt for at gøre det muligt at komme til at behandle den/de underliggende tilstand(e), hvilket er det centrale [1]. Den kliniske pragmatisme afspejles da også fortsat i en række in-

ternationale guidelines. Antipsykotika – såvel haloperidol som andengenerationsantipsykotika – er således fortsat rekommanderet til deliriumbehandling i f.eks. NICE Guidelines og The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry [3, 4]. Helt centralt er dog, som *Andersen et al* også understreger, behandling af den udløsende årsag, ligesom forebyggelse og non-farmakologisk intervention er væsentligt [1].

En lille uformel rundspørge blandt kolleger i psykiatrien viser, at antipsykotika også fortsat indgår i danske instrukser for behandling af delirium. Interessant nok er instrukserne imidlertid ingenlunde ens. I en region peges der f.eks. kun på haloperidol i både fast og p.n.-dosering, mens man i en anden region foreslår såvel haloperidol som risperidon og olanzapin, og altid kun i fast dosering. Måske endnu et område, der kunne profitere af nationale kliniske retningslinjer?

I endnu en artikel, en kasuistik, i dette nummer af Ugeskrift for Læger, side xxx, mindes læserne til gengæld om, at klinikerne – og patienten – faktisk har en livline at gøre brug af ved svær og i øvrigt intraktabel delirium, nemlig elektronkonvulsiv behandling (ECT) en bloc – tre behandlinger i løbet af tre dage. Den nærmest mirakuløse effekt, der beskrives, er genkendelig for dem af os, der har vores daglige funktion i hospitalspsykiatrien. Som det problematiseres i kasuistikken, bør man ved svære og/eller langvarige delirøse tilstande derfor ikke tøve for længe med ECT, ikke mindst fordi der er påvist signifikant sammenhæng mellem varigheden af delirium og mortalitet et år efter indlæggelse [5].

LITTERATUR

1. van Munster BC, de Rooij SE. Delirium: a synthesis of current knowledge. Clin Med 2014;14:192-4.
2. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. 2013. Afrapportering fra arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri. www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktobre/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/21-10-2013/21102013Indsatsenformenneskermedpsykiskelidelserbilag2web.aspx (29. jul 2014).
3. Taylor D, Pton C, Kapur S, red. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 11th ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.
4. NICE Clinical Guideline 103. Delirium, prevention and management. July 2010. www.nice.org.uk/guidance/cg103 (29. jul 2014).
5. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. New Engl J Med 2014;369:1306-16.

LEDER

Jeanett Bauer

Ugeskr Læger

2014;176:V66137

KORRESPONDANCE:

Jeanett Bauer,
Psykiatrisk Center København,
Bispebjerg Bakke 23,
2400 København NV. E-mail:
jeanett.bauer@gmail.com

INTERESSEKONFLIKT: ingen.
Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk