AKUT KONFÜZYONEL DURUM

Uzm. Dr. İpek Midi

Tanı kriterleri:

Düşünce, algılama ve bilinç durumunda bozulma ile karakterizedir. Dikkat, konsantrasyon bozukluğu, yeni bilgilerin öğrenilmesinde güçlük söz konusudur. Akut veya subakut başlangıç yanında hastada mevcut semptomlarda gün içinde dalgalanmalar da olabilir.

Klinik Bulgular

Akut Konfüzyonel Durum (AKD) bir nöropsikiyatrik sendromdur. Akut organik mental sendrom, postoperatif psikoz, delirium terimleri de AKD yerine kullanılabilmektedir.

Temel başlık olarak 3 grupta toplanabilir.

1. ***Hipoaktif bulgularla giden:*** Apatik tablo mevcuttur (Depresyonla karışabilir). Hasta az konuşur, sorulduğu zaman tek tük kelimelerle cevap verir, uykuya eğilimlidir.
2. ***Hiperaktif bulgularla giden:*** Ajitasyon, delüzyon, hallisünasyon ve disoryantasyon bulguların hakim olduğu tablodur. Psikomotor aktivite artışı, yerinde duramama, huzursuzluk, uykusuzluk, anlamsız konuşma ve anlamsız hareketler izlenebilir.
3. ***Mikst tip:*** Yukarıda belirtilen her iki kinik tablo da hastada izlenebilir.

AKD tanısı klinik ile konulur.

1. **Detaylı anamnez:**

   Sistemik hastalık sorgulaması (Konjestif kalp yetmezliği, böbrek ve KC yetmezliği, kullanılan ilaçların öğrenilmesi, alkol kullanımı sorgulanması, travma öyküsü)

2. **Muayene:**

   a) Fizik muayene (Kalp, solunum, üriner sistem muayeneleri, enfeksiyon odağı açısından kulak, boğaz muayenesi, LAP araştırılması, döküntü olup olmadığına bakılması)

b) Nörolojik muayene: Ense sertliği, meningial irritasyon bulgusu, fokal nörolojik defisit olup olmadığına bakılması, dil fonksiyonunun incelenmesi, (isimlendirme, tekrarlama, spontan konuşma yönünden hasta test edilir).
Yüzde veya göz çevresinde nöbet öncesi subtle hareketlerin olup olmadığının incelenmesi.

c) Mental muayene: Hasta başı yapılabilecek MMST (minimental durum testi en azından yer, zaman, kişi oryantasyonu sorgulaması)

3. **Laboratuvar:** Hastada düşünülen etyolojiye göre inceleme yapılır. CBC, Hemogram, biyokimya incelemesi (elektrolitler), idrar tahlili, arter kan gazı, EKG, PA AC grafisi, kardiyak enzimler, toksikolojik inceleme, antiepileptik kan düzeyi
4. **Kranial CT/ MR:** Yer kaplayan lezyon, SVO, menenjit, ensefalit, SAK, subdural hematom
5. **Lomber ponksiyon:** (Menenjit, ensefalit düşünülen hastalarda)
6. **EEG:** Nonkonvulsif status (NCSE) / metabolik ensefalopati düşünülen vakalarda

Tedavi:

Hastanın tek kişilik bir odaya alınması, ses, ışık ve sıcaklık kontrolünün sağlanması, uyarıcı faktörlerden arındırılması gerekir.

Ajite hastalarda antipsikotikler

- ***Haloperidol:*** 0.51 mg IMIV (yanıt yoksa 30 dk sonra tekrarı)

Atipik antipsikotikler:

- Olanzepin (5 mg tb, Velotab 5 mg, flakon 10 mg IM), Risperidon (14 mg tb, flakon 25-50 mg IM), Ketiapin (25-100 mg tb) (doz titrasyonu hastanın genel durumuna göre yapılır)

Etyolojiye yönelik tedavi yapılır.

1 Enfeksiyon → Ampirik antibiyotik tedavisi
2 NCSE (nonkonvulsif status epileptikus) → Status tedavisi
3 Elektrolit dengesizliği → Replasman tedavisi
4 Yer kaplayıcı lezyon → Cerrahi
5 Delirium tremens → Yüksek doz i.v diazem, sıvı replasmanı, dextroz infüzyonu + Tiamin
6 Beclouded demans → Tetikleyici faktörlerin ortadan kaldırılması (hipoksi,infeksiyon vs), semptomatik tedavi (parentarel nöroleptik uygulaması)

Beclouded demans (bulutlanmış demans) : Demansı olan hastada araya giren ateşli bir enfeksiyon veya ilaç reaksiyonu, travma, kalp yetmezliği gibi diğer tibbi ve cerrahi hastalıkların bir arada bulunarak hastada AKD yol açmasıdır.

Ayırıcı Tanı

- o Demans
- o Depresyon
- o Bipolar bozukluklar
- o Fonksiyonel psikoz (örn: şizofreni)

Takip ve Sonuç:

Hastalarda kalıcı psikiyatrik ve kognitif bozukluklar, infeksiyon, dekübit oluşabileceği gibi, AKD stupor, koma hatta ölümle de sonuçlanabilir.

AKD bir çok farklı etyolojik nedenler sonucunda ortaya çıkan, hastada detaylı bir tetkik araştırması gerektiren ve bazı durumlarda geç kalındığında mortalite ile sonuçlanabilen bir durumdur.

Kaynaklar:

1- Boon, N.A., Colledge, N.R. and Walker, B.R. (2006) Davidscon's Principles and Practice of Medicine 20th Edition, Elsevier Limited

2- Brown TM, Boyle MF. Delirium. BMJ. 2002 Sep 21;325(7365):644-7.

3- Gleson OC. Delirium. Am Fam Physician. 2003 Mar 1;67(5):1027-34.

4- Mustafa Bakar. Delirium ve diğer akut konfüzyonel durumlar. Adams and Victor's Principles of Neurology. Sekizinci baskı (Türkçe) Çeviri editörü: Murat Emre 2006 Güneş Kitapevi : 353-367

5- Confusional States and acute memory disorders. http://www.emedicine.com/neuo/topic435.html

MARMARA ÜNİVERSİTESİ