

IL PAZIENTE AGITATO IN PRONTO SOCCORSO: MEDICI D'URGENZA E PSICHIATRI A CONFRONTO

12 marzo 2016 Ospedale dell'Angelo Padiglione Giovanni Rama - Auditorium Mestre - Venezia

CASO CLINICO



Dr.ssa Valentina Serafini
U.O.C di Pronto Soccorso
A.O.U.I. Verona

Caso clinico

- Donna, 94 anni, accede al DEA, trasportata dal 118, per *stato confusionale*.

La *figlia riferisce* che la madre da due giorni si presenta confusa, esprime pensieri e parole inappropriate e presenta agitazione notturna con alterazione del ritmo sonno-veglia.

- *APR*: Cardiopatia ipertensiva, PM bicamerale, DM tipo 2, IRC, anemia multifattoriale, sindrome ansioso-depressiva;
- *APP*: dimessa dal reparto di geriatria con diagnosi di scompenso cardiaco. Durante la degenza sospesa terapia cronica con FANS (artropatia polidistrettuale) con miglioramento del quadro clinico ed introdotta terapia analgesica con derivati oppioidi.
- *Terapia in atto*: Targin 20/10 mg RP al mattino e 10/5 mg RP alla sera, Sertralina 50 mg/die, Lorazepam 1 mg alla sera, ASA, Lansoprazolo, Amlodipina, Furosemide.

Caso clinico

- Parametri vitali stabili
- EO cardio-polmonare nella norma
- EON: stato di ansia generalizzata (somministrato Diazepam 10 gtt per os)
- Laboratorio e RX Torace: nei limiti
- TC: compatibile con sofferenza vascolare cronica ed esiti lacunari in corrispondenza dei nuclei della base
- Visita neurologica: assenza di urgenze neurologiche in atto si consigliava terapia a domicilio con Serenase 0,5 mg per 3 volte/die
- Rinvia a domicilio dopo osservazione

Caso clinico

- Dopo 4 giorni nuovo accesso in DEA per agitazione psicomotoria associata a stato confusionale acuto, irrequietezza ed atteggiamento aggressivo.
- PV nella norma e QTc 430, si somministrava: midazolam 5 mg im, diazepam 10 mg ev e aloperidolo 5 mg im
- Persistenza dello stato di agitazione con difficoltà gestionale: somministrato diazepam 10 mg ev, midazolam 5 mg ev
- Consulenza psichiatrica: stato psichico alterato con evidente disorientamento soprattutto sull'asse temporale con chiari deficit mnemonici riempiti da confabulazioni ed evidenti deficit cognitivi; non alterazioni del tono dell'umore.
- Successivo ricovero in geriatria.



Caso clinico

Primo accesso: riferita alterazione del ritmo sonno-veglia e stato di ansia generalizzata dopo introduzione di Targin in terapia domiciliare (iniziale compromissione dello stato di coscienza con deterioramento dell'attenzione).



Secondo accesso: manifestazione conclamata dello stato di delirium con disturbi cognitivi, compromissione dello stato di coscienza ad inizio improvviso. Agitazione psico-motoria (acatisia) con spunti disforici tendenti all'aggressività dopo introduzione di Talofen.



Nel paziente anziano “fragile” la manifestazione psichiatrica è spesso epifenomeno di patologia medica sottostante o di effetti collaterali di schemi polifarmacologici.

Definizione

Agitazione psicomotoria:

“...Eccessiva attività motoria associata ad una sensazione di tensione interna. L'attività è generalmente improduttiva e ripetitiva ed è caratterizzata da comportamenti stereotipati come camminare, dimenarsi, sfregarsi le mani, tirare i vestiti e dall'incapacità di rimanere fermi...”

(DSM 5, 2013)

Definizione

Table. Comparison of diagnostic criteria for delirium in DSM 5(Diagnostic and Statistical Manual) and ICD 10 (International Classification of Diseases).

DSM-5 criteria	ICD-10 criteria
Disturbance in attention and awareness The disturbance develops over a short period of time, represents a change from the baseline attention and awareness and tends to fluctuate in severity during the course of a day. An additional disturbance in cognition The disturbances in Criteria A and C are not better explained by another preexisting, established, or evolving neurocognitive disorder and do not occur in the context of severely reduced level of arousal such as coma. There is evidence from the history, physical examination, or laboratory findings that the disturbance is a direct physiological consequence of another medical condition, substance intoxication or withdrawal (i.e., due to a drug of abuse or to a medication), or exposure to a toxin, or is due to multiple aetiologies.	Impairment in consciousness and attention; Global disturbance of cognition Psychomotor disturbances Disturbances of sleep-wake cycle Emotional disturbances

Source: Refs 1, 24

Indian J Med Res 142, December 2015, pp 655-662
DOI:10.4103/0971-5916.174546

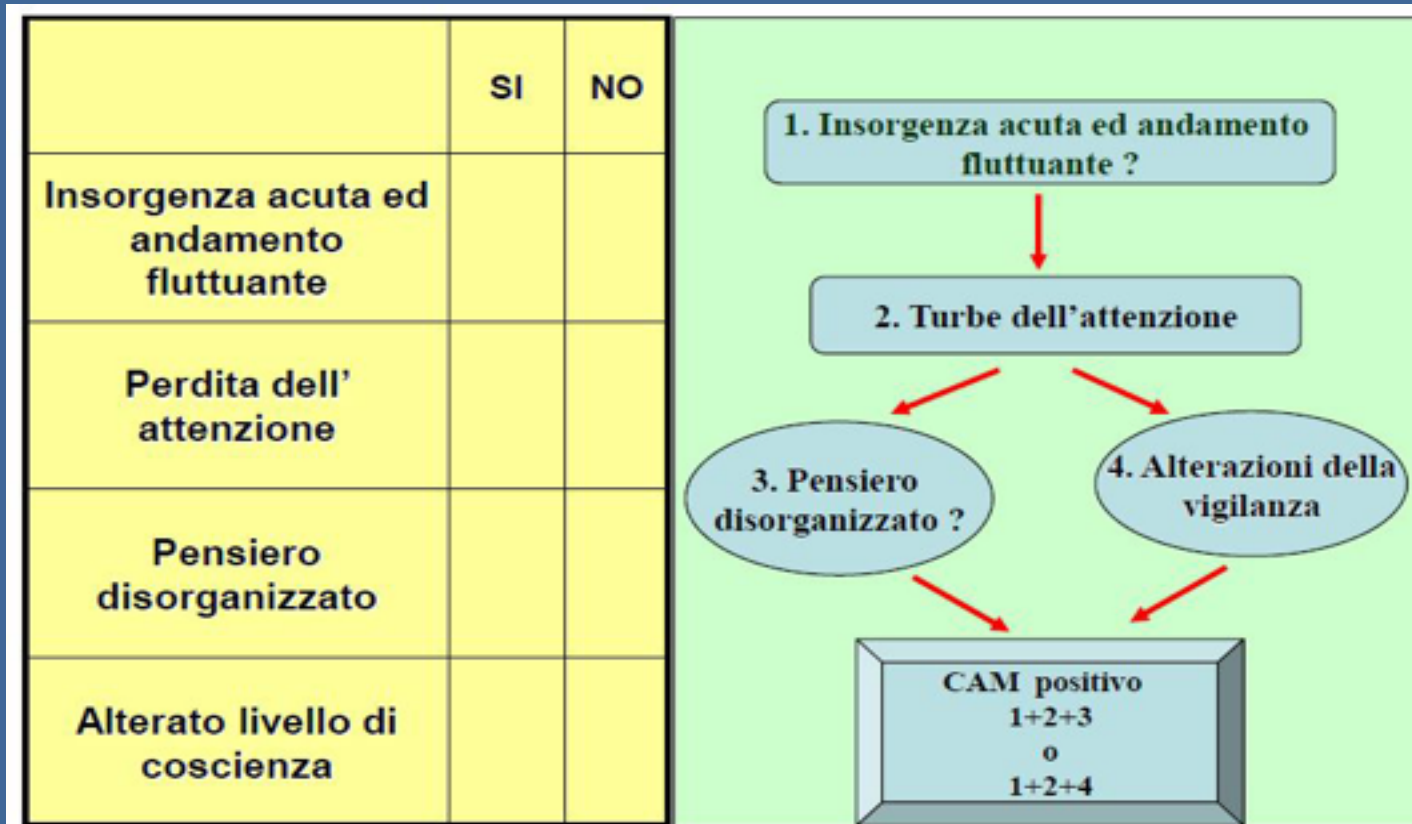
Delirium in the elderly: current problems with increasing geriatric age

Deepthi Kakreja¹, Ulf Gätcher² & Julius Popp^{1,3}

¹Department of Psychiatry, Service of Old Age Psychiatry, University Hospital of Lausanne, Switzerland. Site de Cery, 1008 Lausanne, Switzerland, ²Clinte of Anesthesiology & Intensive Care Medicine, Bonn University Medical Centre, Sigmund-Freud-Str. 25 53105 Bonn, Germany & ³Department of Clinical Neurosciences, Leonaards Memory Center, University Hospital of Lausanne, Lausanne, Switzerland. Ch. de Mont-Poisible 16, CH-1011 Lausanne, Switzerland

Valutazione iniziale

CAM: Confusion Assessment Method



Inouye SK et al. in Ann Intern Med 1990; 113: 941-948

Diagnosi

MNEMOTECNICHE

Drugs

Eyes/ears

Low Oxygen

Ischemia

Retention

Infections

Underhydratation

Metabolic
disorders

Sleep

deprivation

Subdural

Vascular

Infections

Nutrition

Drugs

Injury

Cardiac

Autoimmune

Tumors

Endocrine

✓ LABORATORIO

✓ ECG

✓ EMOGASANALISI

✓ EEG

✓ TC/RM

✓ LIQUOR

Diagnosi

Cause organiche per sintomi psichiatrici (VICTIMS DIE)

Vascolari	Demenza multi infartuale, altre sindromi ischemiche, encefalopatia ipertensiva, vascoliti,
Infettive	Infezioni urinarie, sindromi da immunodeficienza acquisita, ascesso encefalico, meningite, encefalite, neurosifilide, tubercolosi, malattia da prioni
Neoplastiche (<i>Cancer</i>)	Neoplasie del SNC (primarie o metastatiche), neoplasie endocrine, neoplasie pancreatiche, sindromi paraneoplastiche,
Traumatiche	Emorragia intracranica, commozione cerebrale
Tossiche (<i>Intoxication</i>)	Alcool o stupefacenti (effetto diretto o astinenza), tossine ambientali, terapie psichiatriche (effetti collaterali o livelli tossici)
Metaboliche	Ipossiemia, Iper- o Iponatriemia, ipoglicemia, chetoacidosi, encefalopatia uremica, iper- o ipotiroidismo, disfunzioni delle paratiroidi, malattia di Cushing, insufficienza epatica, malattia di Wilson, porfirea acuta intermittente, feocromocitoma, deficit di vitamina B (sindrome di Korsakoff), deficit di niacina (pellagra)
Meccaniche (<i>Structural</i>)	Idrocefalonormoteso
Degenerative	Malattia di Alzheimer, Parkinson, Pick
Autoimmuni (<i>Immune</i>)	Lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, sindrome di Sjogren,
Neurologiche (<i>Epilepsy</i>)	Crisi parziali, epilessia del lobo temporale, stati post-ictali

modificato da Stern, T. A., Rosenbaum, J. F., Fava, M., Biederman, J., & Rauch, S. L. (2008). *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry: Elsevier Health Sciences.*

Come giungere ad una diagnosi?

Rapida Tranquillizzazione (RT):

Modalità farmacologica di intervento sulle situazioni di aggressività e/o agitazione psicomotoria, finalizzata al controllo delle manifestazioni abnormi senza indurre necessariamente sedazione prolungata e/o impregnazione neurolettica. Non si limita al trattamento sintomatico di psicosi, aggressione o violenza, ma indica specificamente l'uso assertivo dei farmaci per calmare il paziente

(De Fruyt & Demyttenaere, 2004)

Trattamento - RT

- ✓ -Scelta del farmaco per la RT e suo uso appropriato, sono attualmente oggetto di grande interesse e dibattito
- ✓ Dato il contesto, il farmaco ideale per la RT dovrebbe avere un onset rapido ed un'eliminazione rapida per fornire un pronto controllo di comportamenti pericolosi e permettere nel contempo una valutazione medica e psichiatrica nell'intervallo temporale di ore
- ✓ Perciò il livello di sedazione dovrebbe essere in genere quello sufficiente a minimizzare il rischio di danno verso sé/altri e che consente al soggetto di comprendere e rispondere agli stimoli verbali durante la sedazione

Trattamento

Presidi terapeutici attualmente disponibili per la RT disponibili in formulazione orale e parenterale:

- ✓ **AP TIPICI** (aloperidolo, clorpromazina, promazina)
- ✓ **AP ATIPICI** (olanzapina, quetiapina, clozapina)
- ✓ **BDZ** (lorazepam, diazepam, midazolam)
- ✓ **Altri** (antistaminici sistemici, trazodone - SRRI)

Indicazioni della letteratura

- ✓ Sia in Europa sia negli USA attualmente non esistono protocolli terapeutici univoci, supportati da dati sperimentali per cui si fa riferimento a Consensus Conference in cui le linee guida vengono redatte sulla base di studi prevalentemente retrospettivi
- ✓ La maggior parte è condotta su pazienti agitati con patologia psichiatrica per cui non è sempre lecito estendere i dati a pazienti transitoriamente agitati (ma non diagnosticati psicotici)
- ✓ Il problema diventa ancor più complesso per il paziente anziano sia per la scarsità di studi scientifici in letteratura sia per la difficile gestione di un paziente con plurime comorbidità e trattamenti polifarmacologici

Indicazioni della letteratura

- ✓ Horn M et al in un interessante articolo pubblicato nel 2015, hanno valutato il trattamento in generale del paziente agitato in PS ma non la sottocategoria del paziente anziano
- ✓ L' Istituto Superiore di Sanità francese (HAS –Haute Autorité de Santé) nel 2009 ha formulato una serie di raccomandazioni per la gestione dell'agitazione psicomotoria nella popolazione geriatrica. Dopo un'attenta revisione della letteratura, con una commissione composta da esperti comprendenti geriatri, medici d'urgenza e psichiatri, viene rimarcato l'utilizzo delle benzodiazepine e degli antipsicotici in urgenza.
- ✓ La differenza sostanziale rispetto alla popolazione non geriatrica in cui il farmaco di prima linea è la benzodiazepina, è che nel paziente anziano è da preferire il neurolettico e la via di somministrazione di scelta non è quella intramuscolare ma quella orale.

Trattamento nel paziente anziano

- ✓ No benzodiazepine (soprattutto nel delirium di ndd)
- ✓ Trazodone (trittico) cp 75-150 mg/fl im 50 mg (soprattutto se manifestazione di acatisia)
- ✓ Olanzapina (zyprexa) cp10 mg/fl im 5-10 mg (MAI associare con BDZ per rischio di depressione respiratoria)
- ✓ Quetiapina (seroquel) cpr 25mg-200mg
- ✓ Paradosso della clozapina negli oligofrenici
- ✓ Aloperidolo (serenase) cp 10 mg/fl im 5 mg (eventualmente in associazione a lorazepam 2 mg im)
- ✓ Promazina (talofen) 25gtt (50 mg) / fl im 50 mg

Considerazioni

- ✓ Nel paziente anziano, se necessario, preferire le BDZ a breve emivita (lorazepam -BDZ oxazepam simili). Non metabolismo epatico di idrossilazione, diretta escrezione renale con acido glucuronico, non accumulo nel paziente anziano ed epatopatico
- ✓ Esecuzione di ECG per controllare QTC nella somministrazione di antipsicotici tipici ed atipici (soprattutto aloperidolo)
- ✓ Le associazioni farmacologiche più utilizzate sono quelle tra BDZ ed antipsicotici tipici, in particolare l'associazione aloperidolo 5 mg + lorazepam 2 mg
- ✓ Non associare olanzapina e BDZ per rischio di depressione respiratoria