

PATOLOGIE 5

DELIRIUM - DEPRESSIONE

DELIRIUM

DEFINIZIONE

Il "delirium" (stato confusionale) consiste in una ridotta capacità attentiva, con disorganizzazione del pensiero ed incoerenza del linguaggio. La sindrome comporta anche un ridotto livello di coscienza, turbe mnesiche, dispercezioni sensoriali, disturbi del ritmo sonno-veglia e della attività motoria, disorientamento spaziale, temporale e nella persona. L'insorgenza è relativamente rapida ed il decorso tipicamente fluttuante. La durata complessiva di norma è breve.

EPIDEMIOLOGIA

Il delirium è una sindrome particolarmente frequente negli anziani. Infatti, il principale fattore predisponente è rappresentato dalla involuzione cerebrale senile ed ancor più dalle malattie dementigene. Esso può rappresentare il quadro di esordio di numerose patologie che interessano altri organi o sistemi (flogosi delle vie urinarie o respiratorie, anemizzazione, cadute pressorie, ecc.). Si riscontra nel 30-50% di soggetti anziani sottoposti ad interventi chirurgici.

QUADRO CLINICO

Generalmente l'esordio della sintomatologia è rapido, e si sviluppa nell'arco di qualche ora o pochi giorni. In quest'ultimo caso è frequente la presenza di sintomi prodromici come, per esempio, una spiccata irritabilità e/o torpore.

Il quadro clinico è caratterizzato da una facile distraibilità, con incapacità a mantenere l'attenzione diretta su un oggetto, poiché questa viene distolta da ogni stimolo, anche se irrilevante. Ad esempio, quando viene posta una domanda, spesso è necessario ripeterla parecchie volte, a causa dell'incapacità del soggetto a focalizzare l'attenzione su quanto chiesto dall'interlocutore.

Inoltre si evidenziano turbe dell'eloquio, in alcuni casi povero e limitato, in altri concitato e fluente. Coesiste sempre una incapacità a mantenere un flusso coerente di pensiero, che appare frammentario e disunito.

Sono comuni disturbi della percezione: false interpretazioni, illusioni ed allucinazioni. Le dispercezioni sono più frequentemente visive, tuttavia tutte le modalità sensoriali possono essere coinvolte.

Il ciclo sonno-veglia è quasi invariabilmente disturbato. Possono manifestarsi fluttuazioni, dall'ipersonnia all'insonnia ed inversioni dell'abituale ciclo sonno-veglia.

Sono molto comuni i sogni vividi e gli incubi, che possono mescolarsi con le allucinazioni.

Anche l'attività psicomotoria è disturbata: molti soggetti sono iperattivi ed inquieti, altri rallentati, a volte fino allo stupor catatonico.

Molto comune è il disorientamento nel tempo e nello spazio, mentre meno frequentemente è rilevabile disorientamento nella persona. Sono sempre presenti le turbe della memoria.

La sintomatologia descritta subisce abitualmente importanti fluttuazioni: tipico è il peggioramento notturno del quadro, da mettere verosimilmente in relazione con la riduzione di stimoli percettivi che facilitano l'orientamento spaziale e temporale del paziente.

A lato di periodi in cui il paziente è chiaramente confuso, ne esistono altri in cui esso appare lucido: è in grado di comprendere, risponde a tono alle domande, ha discrete capacità di astrazione e logica.

Questo elemento acquisisce notevole rilievo nella diagnosi differenziale con la demenza. In tale patologia, come è facile intuire, gli episodi confusionali sono particolarmente frequenti, a causa dell'importante compromissione organica e funzionale del SNC. Tuttavia, anche al di fuori dei periodi di delirium, nel demente le funzioni cognitive superiori sono compromesse in forma grave e persistente.

SUNDOWN SYNDROME

Con il termine di “Sundown Syndrome” si indica una particolare forma di delirium, che insorge tipicamente al tramonto. Esso colpisce soggetti con decadimento cognitivo e dipende dal venir meno, con la ridotta illuminazione, dei punti di riferimento che supportano l’orientamento temporospaziale del paziente durante il giorno.

PATOLOGIE SCATENANTI

Molteplici sono le condizioni che possono comportare l’insorgenza di delirium nel soggetto anziano: le patologie cerebrali, quali TIA, ictus, meningiti, traumi cranici; le patologie sistemiche, quali scompenso cardiaco congestizio, infarto miocardico, aritmie, insufficienza respiratoria, ed in modo particolare le infezioni (virali o batteriche); i disturbi metabolici, quali ipo o iperglicemia, acidosi o alcalosi, le disonie, ad esempio ipo o ipernatriemia, ipo o iperkaliemia, deplezione del volume ematico circolante da emorragie, inadeguato apporto idrico; in molte circostanze il delirium dipende da fattori iatrogeni, soprattutto i farmaci ad azione sul sistema nervoso centrale (antidepressivi triciclici, farmaci antiparkinson, benzodiazepine), ma potenzialmente qualsiasi sostanza farmaceutica quando non assunta secondo una posologia corretta, o interagente con la terapia in corso, o per effetto collaterale non prevedibile; i disturbi nella regolazione termica, come ipotermia ed ipertermia; fattori psichici, ad esempio lo stress da ospedalizzazione, trasloco, operazioni chirurgiche, ovvero depressione, ansia, dolore intenso, ecc.; infine i fattori ambientali, quali l’ambiente non familiare o la deprivazione sensoriale.

VARIABILI ASSOCIATE ALL’INSORGENZA

Volendo concludere il nostro discorso relativo alle variabili che possono essere associate all’insorgenza di delirium, possiamo distinguerle principalmente in variabili legate alla noxa, variabili legate all’ospite, variabili psicologiche e ambientali.

Per quanto riguarda la *noxa patogena* notevole importanza acquisiscono la gravità assoluta del fattore etiologico, ad esempio la entità dell’ipoglicemia o dell’ipossia; l’acuzie nell’insorgenza, cioè la rapidità con cui si altera l’omeostasi; l’associazione di più fattori etiologici ed infine il grado di invasività del fattore etiologico, cioè la sua capacità di indurre un’alterazione diffusa del metabolismo cerebrale.

Per quanto riguarda l’*ospite*, oltre l’età e la pre-esistenza di danno cerebrale, come in precedenza accennato, possono avere rilevanza la dipendenza da alcool o droghe, l’uso abituale di farmaci ed una certa suscettibilità individuale.

Molto importanti sono anche le *variabili psicologiche*: il delirium insorge frequentemente nei reparti di cure intensive o nell’attesa di interventi chirurgici o nel corso di patologie che vengono percepite dal paziente come potenzialmente mortali.

Il grado di stress è maggiore in carenza di un adeguato supporto da parte dei familiari.

Concorrono infine alcune *variabili ambientali*: oltre agli ambienti ad elevata tecnologia (terapia intensiva, UTIC, etc) può avere importanza il fattore immobilizzazione (pazienti ortopedici, neurologici, cardiologici...), l’isolamento sociale e l’estraneità dell’ambiente, nonché la deprivazione di sonno o le variazioni rispetto alle proprie abitudini quotidiane.

DECORSO E PROGNOSI

Abitualmente il decorso è breve e la prognosi favorevole in tutti i casi in cui vengano tempestivamente identificati e curati i fattori predisponenti e scatenanti.

La prognosi ovviamente è negativa in tutti i casi in cui la rimozione delle cause risulta impossibile, incompleta o tardiva.

Nei pazienti con grave demenza gli episodi di delirium si ripetono con estrema frequenza, raramente intervallati da brevi periodi di relativo miglioramento delle condizioni cognitive

TERAPIA

La *terapia causale* è fondamentale e risolutiva. Se non si rimuovono le cause è impossibile dominare i sintomi ed i segni dello stato confusionale.

Relativamente alla terapia sintomatica un'importanza prioritaria ha il tipo di ambiente in cui è ospitato il paziente: è necessario che il luogo di degenza sia silenzioso e tranquillo, ben illuminato, che siano presenti membri della famiglia del paziente confuso.

E' sempre meglio evitare l'uso di mezzi di contenzione, ad esempio spondine o fasce a corpo, che vengono vissuti dal paziente come una coercizione, ostacolando i suoi tentativi di scendere dal letto. Molto importante è accostarsi al paziente confuso con un atteggiamento disponibile e rassicurante. Esistono comportamenti da evitare di fronte ad una persona confusa, potenzialmente violenta ed aggressiva, come alzare la voce o mettere in atto qualsiasi forma di contatto fisico: ad esempio afferrarle le mani, prenderla sottobraccio, stringerla in un angolo, ecc..

Per quanto riguarda la *terapia farmacologica*, i neurolettici, più raramente le benzodiazepine, possono essere un valido ausilio nel management del paziente confuso con agitazione psicomotoria, tenendo tuttavia in considerazione che questi farmaci possono talvolta avere un effetto paradossale, aumentando lo stato di confusione e la conseguente ansietà e creare, quindi, un circolo vizioso con aggravamento del quadro clinico.

DEPRESSIONE

FATTORI FAVORENTI

Sentimenti di tristezza e di depressione del tono dell'umore sono un normale correlato della vita umana, che tuttavia si rendono particolarmente evidenti in età avanzata, quando sono più frequenti condizioni "particolari" quali la *perdita di ruolo* e di potere contrattuale, le *ridotte possibilità relazionali*, i *lutti*, nonché la *compromissione dell'integrità fisica*, la presenza di *malattie organiche*, il modificarsi fisiologico e/o patologico delle funzioni cognitive, l'avvicinarsi della morte.

Il sentimento di tristezza che deriva dall'esperienza di tali situazioni di disagio implica un vissuto depressivo che non si può però considerare, in senso stretto, una vera e propria patologia del tono dell'umore, per il possibile intervento di meccanismi adattativi. Tale situazione costituisce tuttavia un fattore di indubbio peso nel favorire l'esordio di stati depressivi.

PREVALENZA

Gli studi epidemiologici riportano dati di prevalenza estremamente discordanti (dal 6% al 42%) nella popolazione anziana residente sul territorio. Tale elevata variabilità è da imputare a fattori di ordine sociale, razziale e, soprattutto, metodologico.

Vi è comunque concordanza di opinioni sul fatto che, mentre la depressione maggiore non subisce variazioni di prevalenza con l'avanzare dell'età, aumentano notevolmente le cosiddette "depressioni minori", legate agli eventi psico-sociali ed alla particolare vulnerabilità del terreno biologico.

Il rischio di suicidio aumenta nella popolazione anziana: il 25%-35% dei suicidi nei paesi del mondo occidentale riguardano persone di età superiore ai 65 anni.

Tali dati peraltro probabilmente stimano il fenomeno per difetto: in età avanzata è facile assistere a forme di "suicidio" non eclatanti (rifiuto del cibo, sospensione autonoma della terapia) che sfuggono alla stima epidemiologica.

Si aggiunga che i comportamenti suicidari degli anziani sono più seri di quelli dei giovani, come risulta dalle tecniche utilizzate, dalle circostanze dell'evento e dal contenuto delle lettere d'addio.

CARATTERISTICHE CLINICHE

Il quadro clinico della depressione è particolarmente articolato, comprendendo alterazioni della sfera emotivo-affettiva, della sfera cognitiva, della sfera psicomotoria e della sfera neurovegetativa con disturbi somatici.

Viene riportato un elenco dei sintomi più comuni raggruppabili nell'ambito delle singole sfere in precedenza menzionate.

Tra quelli della *sfera affettiva* ricordiamo in particolare quelli indicativi di uno slivellamento in basso del tono dell'umore, quali anedonia, futuro vissuto senza speranza, passato vissuto come fallimentare, ecc., a cui si associano sintomi d'ansia, apprensione, crisi di pianto. con iperemotività, irritabilità e paura. Inoltre si hanno la sensazione che la vita sia senza scopo, tensione e tristezza.

I sintomi della *sfera cognitiva* che fanno parte del quadro depressivo sono: deficit dell'attenzione, della concentrazione, della memoria, delle capacità percettive, della capacità ideativa.

La presenza di questi sintomi fa sì che, in alcuni casi, possa essere posta in discussione la diagnosi differenziale con la malattia di Alzheimer: i dati clinici che permettono di dirimere il problema diagnostico sono stati riportati in precedenza.

Abbastanza comuni nella depressione dell'anziano sono i sintomi che riguardano la *sfera psicomotoria*, quali il rallentamento psicomotorio, la inibizione motoria, l'apatia, l'affaticabilità, la scarsa energia, l'aumento dei tempi di latenza nelle risposte e l'aumento del tono muscolare, con agitazione psicomotoria.

Completano il quadro sintomatologico le alterazioni della *sfera neurovegetativa*, ad esempio della funzione alimentare con riduzione dell'appetito o al contrario, ma più raramente, aumento dell'appetito, della funzione cardiaca con cardiopalmo, tachicardia, ipertensione o ipotensione arteriosa, lipotimie, della funzione sessuale con riduzione della libido e del ritmo sonno-veglia con insonnia o, più raramente, ipersonnia.

Al termine di questa esposizione relativa alla poliedrica sintomatologia della depressione dell'anziano, ricordiamo che un utile strumento per la rilevazione dei sintomi è rappresentato dalla *Geriatric Depression Scale (GDS)*, che verrà descritta nel paragrafo della valutazione multidimensionale.

QUADRI CLINICI

Sulla base delle modalità di presentazione, delle caratteristiche sintomatologiche e del decorso si possono distinguere vari quadri di depressione.

Si definisce *disturbo dell'adattamento* una modificazione della affettività chiaramente correlata ad un evento della vita ("depressione reattiva" secondo una vecchia dizione).

La manifestazione principale del disturbo è il mancato adattamento ad uno o più fattori identificabili di stress psico-sociale (pensionamento, trasferimento, malattia fisica, ecc.).

Nel caso che la depressione si sviluppi in correlazione con una grave patologia fisica o encefalica, e sia presumibilmente ad essa secondaria, viene definita *disturbo organico dell'umore*.

Trattasi di una forma di depressione correlata etiologicamente ad un fattore organico specifico.

E' bene quindi precisare che il disturbo dell'adattamento ad una malattia ed il disturbo organico dell'umore conseguente ad una patologia differiscono in quanto il primo è la risposta emozionale ad una condizione stressante (il paziente cioè diventa depresso perché viene a conoscenza della malattia o per conseguenza della stessa sul piano fisico), mentre il secondo è l'espressione clinica di un'alterazione neurotrasmettitoriale conseguente ad una patologia (la depressione si instaura per una modificazione dell'equilibrio tra i diversi sistemi neurotrasmettitoriali, a causa della condizione patologica).

Per porre la diagnosi di *distimia*, oltre ad umore depresso che perduri da almeno due anni, è necessario che siano presenti almeno due dei seguenti sintomi: scarso appetito o iperfagia, insonnia o ipersonnia, scarsa energia ed affaticabilità, bassa autostima, scarsa capacità di concentrazione o difficoltà nel prendere decisioni, sentimenti di disperazione.

Come *depressione maggiore* si definisce il quadro in cui l'alterazione del tono dell'umore può essere anche di breve durata, ma particolarmente profonda e pervasiva ed in cui il pensiero del suicidio è frequente.

Sul quadro della *pseudodemenza* ci siamo soffermati nel paragrafo relativo al declino cognitivo dell'anziano.

Va infine sottolineata una forma di depressione in cui sui sintomi affettivi acquistano rilevanza i sintomi somatici.

Si definisce questo quadro come *depressione mascherata*, per indicare che il tipico abbassamento del tono dell'umore è mascherato da altre manifestazioni sintomatologiche che sembrano essere il principale disturbo del paziente. L'ammalato denuncia sintomi e segni talvolta vaghi e non strutturati (cefalea, vertigini, astenia, dispnea, ecc.) ovvero riferiti contemporaneamente a più organi ed apparati, senza che sia possibile obiettivare specifiche condizioni patologiche che possano esserne responsabili. Questi pazienti affollano spesso le corsie d'ospedale, transitando da un reparto all'altro, alla vana ricerca di specifiche patologie che giustifichino i loro disturbi. Questi iter diagnostici sono costosi, talvolta fonte di danno iatrogeno (per gli esami che si effettuano ed i farmaci che si assumono) ed ovviamente inutili.