

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 53 (2017)
Heft: 3

Artikel: Ein Delir erkennen = Reconnaître un delirium
Autor: Birkle, Monica / Roulet, Guillaume
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928589>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 26.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ein Delir erkennen

Reconnaître un delirium

MONICA BIRKLE, GUILLAUME ROULET

In der Arbeit mit geriatrischen PatientInnen ist es wichtig, einen Zustand akuter Verwirrtheit (Delir) zu erkennen und ihn von einer Demenz unterscheiden zu können. Denn die Folgen eines solchen Zustands sind oft gravierend.

Kognitive Störungen sind in der Betreuung geriatrischer PatientInnen häufig anzutreffen. Ihre Behandlung ist komplex und erfordert von den PhysiotherapeutInnen neue Kompetenzen. So ist es wegen der damit einhergehenden Komplikationen wichtig, einen akuten Verwirrheitszustand (Delir) rasch zu erkennen. Ein Delir ist ein medizinischer Notfall. Es sollte daher zum Werkzeug der PhysiotherapeutInnen gehören, einen solchen Zustand erfassen zu können.

Demenz

2012 betrug der Anteil an dementen Personen in der Schweizer Bevölkerung über 60 Jahren 7,1 Prozent. In der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen betrug die Rate 12,5 Prozent, sie wird in den nächsten Jahren vermutlich weiter ansteigen [1].

Bei diesen PatientInnen mit einer chronisch-fortschreitenden Pathologie müssen die PhysiotherapeutInnen am Erhalt der Alltagsaktivitäten (Transfer), der sozialen Aktivitäten (Fortbewegung ausserhalb der Wohnung) und an der Prävention des weiteren kognitiven Abbaus arbeiten. Regelmässiges körperliches Training trägt dazu bei, die kognitiven Fähigkeiten dieser Patientengruppe zu verbessern [2].

Eine bereits existierende Demenz kann das Auftreten eines Delirs begünstigen. Es kann sich jedoch auch bei PatientInnen ohne vorherige kognitive Erkrankung zeigen.

Der hypoaktive Zustand eines Delirs wird gerne übersehen, denn der Patient liegt ruhig in seinem Bett und stört nicht. | L'état hypoactif d'un ECA peut passer inaperçu car le patient reste tranquille dans son lit et ne dérange pas.

Les personnes qui travaillent avec des patients âgés doivent pouvoir distinguer un état confusionnel aigu (délire) d'une démence car les conséquences du premier sont souvent majeures.

La fréquence des troubles cognitifs chez les patients gériatriques et la complexité du traitement qui en découle imposent aux physiothérapeutes de développer de nouvelles compétences pour mieux comprendre et traiter ces patients. Le dépistage de l'état confusionnel aigu (ECA) prend une place très importante du fait des complications qui en dérivent. Sa mise en évidence reste une urgence médicale. Le dépistage d'un ECA devrait faire partie de la trousse à outil des physiothérapeutes.

La démence

En 2012, la prévalence de la démence dans la population suisse de plus de 60 ans était de 7,1 %. Elle était de 12,5 %





Kennt man die Patientin nicht, ist es schwierig, ein Delir von einer Demenz zu unterscheiden. | Si on ne connaît pas un patient, il peut être difficile d'identifier s'il s'agit d'une démence ou d'un ECA.

Definition Delir

Ein Delir wird laut DSM-IV¹ durch das Auftreten folgender Symptome definiert [3]:

- 1) Eine Störung des Bewusstseinszustands mit Einschränkung der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit.
- 2) Eine Veränderung des kognitiven Zustands (Gedächtnisstörungen, räumlich-zeitliche Desorientierung, Sprachstörungen) oder Entwicklung einer Wahrnehmungsveränderung (Erinnerungstäuschungen [Déjà-vu], Sinnestäuschungen, Halluzinationen), die nicht auf eine bereits vorher bestehende Demenz zurückzuführen sind.
- 3) Ein Auftreten der Symptome über einen kurzen Zeitraum von einigen Stunden oder einigen Tagen, mit der Tendenz zu Schwankungen im Lauf des Tages.
- 4) Die Anamnese, die körperliche und allenfalls ergänzende Untersuchungen zeigen auf, dass die Störung eine direkte physiologische Folge einer allgemeinen Erkrankung ist.

Ein Delir kann sich als Hyperaktivität äussern (mit Unruhe, Halluzinationen bis hin zu Aggressivität), als Hypoaktivität (Lethargie) oder als eine Kombination von beidem. Oft ist es der hypoaktive Zustand eines Delirs, der übersehen wird, denn der Patient, die Patientin liegt ruhig in seinem Bett und stört nicht [4]. Ein Patient mit hyperaktiver Verwirrtheit alar-

dans la tranche d'âge de 80–85 ans, une proportion qui augmentera vraisemblablement ces prochaines années [1].

Chez ces patients atteints d'une pathologie chronique évolutive, les physiothérapeutes doivent travailler au maintien des activités de la vie quotidienne (transferts), des activités sociales (déplacements à l'extérieur) et à la prévention du déclin cognitif. Un entraînement physique régulier participe aussi à l'amélioration des performances cognitives dans cette population [2].

L'apparition d'un ECA est favorisée par la présence d'une démence préexistante. Il peut cependant survenir chez un patient sans antécédent de pathologie cognitive.

La définition d'un delirium

Selon le DSM-IV¹, un ECA est défini par la présence chez un patient [3]:

- 1) d'une perturbation de l'état de conscience avec réduction de la capacité d'attention et de concentration;
- 2) d'une modification de l'état cognitif (troubles de la mémoire, désorientation spatio-temporelle, trouble du langage) ou du développement d'altérations de la perception (fausses reconnaissances, illusions, hallucinations) ne pouvant être expliquées par une démence préexistante;
- 3) d'un développement des symptômes sur une période courte de quelques heures, voire de quelques jours, et qui tendent à être fluctuants au cours de la journée;
- 4) la mise en évidence, d'après l'anamnèse, l'examen physique ou les examens complémentaires d'une perturbation due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

L'ECA peut se présenter sous une forme hyperactive (avec agitation, hallucination voir agressivité), hypoactive (léthargique) ou mixte. C'est souvent l'état hypoactif qui peut passer inaperçu. Le patient en ECA hypoactif reste tranquille dans son lit, ne dérange pas [4] alors que l'agitation du patient en ECA hyperactif met toute l'équipe et parfois aussi les autres patients en alerte.

Un état dont les conséquences sont majeures

Les conséquences de l'ECA sont souvent majeures pour le patient: augmentation des comorbidités (chutes, troubles de la déglutition, etc.), augmentation de la durée d'hospitalisation (jusqu'au double), augmentation de la mortalité (entre 10 % et 65 %) [5, 6]. La détection de l'ECA et le traitement

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM: ein in der Psychiatrie verwendetes Klassifikationssystem.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: un système de classification communément utilisé en psychiatrie.

miert hingegen durch seine Agitiertheit das ganze Team und manchmal auch die anderen Patienten.

Ein Zustand mit ernsthaften Folgen

Ein Delir hat oft massive Folgen für den Betroffenen: Es kommt zu Komorbiditäten wie Stürze und Schluckstörungen. Der Spitalaufenthalt kann sich bis auf das Doppelte verlängern. Auch die Sterblichkeitsrate erhöht sich stark (zwischen 10 % und 65 %) [5, 6]. Es ist medizinisch sehr dringlich, ein Delir zu erkennen und die auslösenden Faktoren zu behandeln.

Aus diesen Gründen müssen PhysiotherapeutInnen Veränderungen der geistigen Verfassung erfassen können. Vermutet man ein Delir, ist unverzüglich der behandelnde Arzt zu informieren.

Aus der Praxis

Frau X., 85 Jahre alt, ist gestürzt, als sie nach dem Einkaufen nach Hause kam. Sie kommt in die Notaufnahme, wo ein Oberschenkelhalsbruch diagnostiziert wird. Sie erhält eine Totalendoprothese. Am fünften Tag postop gehen Sie als PhysiotherapeutIn zu ihr. Die relevanten Begleiterkrankungen der Patientin sind eine chronische Herzinsuffizienz, eine Depression und eine 2015 diagnostizierte Demenz des Typs Alzheimer.

Bei der ersten Behandlung beschreibt die Patientin Ihnen während der Mobilisierung starke Schmerzen im Wundgebiet. Für die Transfers benötigt sie etwas Unterstützung, im Zimmer geht sie sonst selbständig mit einem Rollator. Zur Schmerzbekämpfung erhält sie Morphin.

Der zweite Behandlungstermin ist am nächsten Morgen um 11 Uhr. Die Patientin liegt im Bett, der Vorhang ist zugezogen. Nach einem kurzen Wortwechsel bemerken Sie, dass die Patientin dem Gespräch nicht folgen kann. Sie lässt sich leicht ablenken und redet zusammenhanglos. Sie weigert sich zudem, das Bett zu verlassen und wirkt sehr müde, ja lethargisch.

Wie kann man in diesem Stadium erkennen, ob es sich um eine demente, erschöpfte Patientin oder um eine Patientin mit Delir handelt?

Die Unterscheidung zwischen Demenz und Delir

Wenn man nicht weiss, wie es einem Patienten oder einer Patientin zuvor ging, ist es schwierig zu unterscheiden, ob das Verhalten der Person die Folge einer Demenz ist oder ob es sich um ein Delir handelt.

Eine Anamnese zusammen mit den Angehörigen hilft, den Grad der physischen und kognitiven Selbständigkeit eines Patienten vor der Hospitalisierung zu erfassen. Bei einem grossen, plötzlichen Unterschied zur vorherigen Verfassung

des Faktors, der y beiträgt, konstituiert eine medizinische Notlage. C'est pour cela que les physiothérapeutes devraient être en mesure de dépister ces patients, de relever les changements dans leur état cognitif et d'en informer rapidement le médecin.

Cas pratique

Mme X., 85 ans, est tombée en rentrant à son domicile après avoir fait ses courses. Elle est admise aux urgences où l'on diagnostique une fracture du col du fémur. Elle bénéficie de la mise en place d'une PTH et est accueillie en rééducation le cinquième jour. Les comorbidités pertinentes de cette patiente sont une insuffisance cardiaque chronique, une dépression et une démence de type Alzheimer, diagnostiquée en 2015.

Lors de la première évaluation, la patiente décrit de fortes douleurs au niveau du site opératoire lors de la mobilisation. Elle fait ses transferts avec un peu d'aide et marche avec un déambulateur dans sa chambre. Elle a un traitement de morphine pour lutter contre les douleurs.

Lors de la deuxième séance de physiothérapie, le lendemain à 11 heures, la patiente est couchée sur son lit, le rideau est tiré. Après un bref échange, le physiothérapeute constate qu'elle n'arrive pas à suivre la conversation, qu'elle est facilement distraite et que son discours est incohérent.

Mme X. refuse de se lever et semble très fatiguée, léthargique.

Comment distinguer s'il s'agit d'une patiente démente fatiguée ou d'une patiente en ECA?



Die Hauptbehandlung des Delirs besteht darin, seine Ursachen zu beseitigen. | Le traitement principal de l'ECA consiste en l'élimination de sa cause.

Confusion Assessment Method CAM [8]

Eine akute Verwirrtheit liegt vor, wenn die Kriterien 1 und 2 erfüllt werden, begleitet von den Kriterien 3 und/oder 4.

- 1) **Plötzlicher Beginn und schwankende Symptome:** Die geistige Verfassung eines Patienten ist plötzlich verändert.
- 2) **Aufmerksamkeitsstörungen:** Der Patient ist leicht abgelenkt, hat Mühe, sich an das Gesagte zu erinnern, seine Aufmerksamkeit schwankt.
- 3) **Unstrukturiertes Denken:** Der Patient redet inkohärent, die Sätze sind zusammenhanglos und wirr.
- 4) **Veränderung des Bewusstseinszustands:** Der Patient kann sehr vigilant sein (extrem sensibel für Stimuli), lethargisch (schläfrig), stumpf (schwer zu wecken) oder im Koma liegen.

müssen wir an ein Delir denken. Eine Demenz schreitet langsam fort und manifestiert sich über 24 Stunden hinweg gleichmässig. Das Bewusstsein ist dabei normal und die Aufmerksamkeit meistens nicht eingeschränkt [7].

Bei Frau X. müssen uns bestimmte Anzeichen alarmieren: Die Patientin beantwortete am Tag zuvor unsere Fragen. Sie scheint nun dem Gespräch nicht mehr folgen zu können und redet zusammenhangslos. Ein Delir ist möglich.

Um ein Delir zu erkennen, ist die «Confusion Assessment Method» (CAM) hilfreich (siehe *Kasten*) [8]. Sie beruht auf vier Kriterien: zwei Hauptkriterien und zwei Nebenkriterien. Das Resultat wird als positiv betrachtet, wenn die beiden Hauptkriterien plus mindestens ein Nebenkriterium erfüllt sind. Die CAM weist eine Sensitivität von 94 Prozent und eine Spezifität von 90 bis 95 Prozent auf [4].

Bei unserer Patientin treten diese Symptome schnell auf, begleitet von Aufmerksamkeitsstörungen. Sie ist auch unstrukturiert im Denken (kann unserem Gespräch nicht folgen) und weist eine Vigilanzstörung auf (eher hypoaktiv).

Die Ursache behandeln und die Umgebung anpassen

Die Hauptbehandlung des Delirs besteht darin, seine Ursachen zu beseitigen. Bei unserer Patientin mussten die medikamentöse Behandlung geändert und eine Harnwegsinfektion sowie eine Dehydrierung behandelt werden.

Parallel zur medizinischen Behandlung muss die Umgebung mit einfachen Massnahmen angepasst werden: Routinen schaffen, die Angehörigen miteinbeziehen (vertraute Gegenstände mitbringen) sowie den Ort, das Datum und die

Distinguer entre une démence et un delirium

Il peut être difficile d'identifier si le comportement d'un patient est la conséquence d'une démence ou s'il s'agit d'un ECA si son fonctionnement antérieur est inconnu. Une anamnèse réalisée avec les proches permet de mieux interpréter le niveau d'autonomie et d'indépendance physique des patients avant leur hospitalisation.

Une différence avec l'état préalable survenue de manière brutale oriente vers la présence d'un ECA. L'évolution d'une démence est lente, régulière dans le temps, avec un état de conscience normal et le plus souvent sans diminution de la capacité d'attention [7].

Dans ce cas pratique, certains éléments doivent alerter: la patiente répondait correctement aux questions le jour avant, elle semble ne plus pouvoir suivre la conversation et est incohérente. Autant d'éléments qui vont dans le sens d'un ECA.

La «Confusion Assessment Method» (CAM) est utile au dépistage de l'ECA (voir *encadré*) [8]. Cette échelle repose sur 4 critères: 2 majeurs et 2 mineurs. Elle est considérée comme positive si les deux critères majeurs et au moins un critère mineur sont positifs. La CAM a une sensibilité de 94 % et une spécificité de 90 à 95 % [4].

Traiter la cause et adapter l'environnement

Le traitement principal de l'ECA consiste en l'élimination de sa cause. Chez la patiente ci-dessus, il s'agissait de changer son traitement médicamenteux et de traiter une infection urinaire ainsi qu'un état de déshydratation.

Confusion Assessment Method (CAM) [8]

Le dépistage de l'état confusionnel aigu est positif en présence des critères 1 et 2, accompagnés des critères 3 et/ou 4.

- 1) **Début soudain et fluctuation des symptômes:** changement soudain dans l'état mental du patient.
- 2) **Troubles de l'attention:** patient facilement distrait, qui a de la difficulté à retenir ce qui lui est dit, avec une fluctuation de l'attention.
- 3) **Désorganisation de la pensée:** incohérences dans le discours, conversation décousue et non pertinente.
- 4) **Altération de l'état de conscience:** le patient peut être vigilant (excessivement sensible aux stimuli), léthargique (somnolent), en état de stupeur (difficile à réveiller) ou dans le coma.

Uhrzeit am Krankenbett anzeigen. Die Lärmbelastigung sollte reduziert und der Tag-Nacht-Rhythmus gefördert werden (tagsüber Licht, nachts dunkel). Es wird auch empfohlen, einen Therapeutenwechsel zu vermeiden und sich zu Beginn jeder Sitzung vorzustellen [9].

Eine interdisziplinäre Betreuung ermöglicht es, die PatientInnen individuell zu behandeln und früh zu mobilisieren. Dies begünstigt eine rasche Reorientierung [10].

Ein Delir ist in 67 Prozent der Fälle nach einem Monat verschwunden, nach drei Monaten erreichen 74 Prozent wieder den normalen Zustand und nach sechs Monaten sind es 79 Prozent [11].

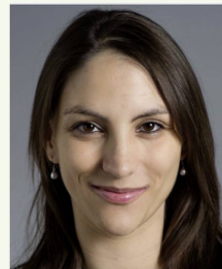
Literatur | Bibliographie

1. Bachmann N, Burla L, Kohler D. Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Krankheiten. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
2. Gietl AF, Unschuld PG (2015). Dépistage et prévention des troubles cognitifs chez les sujets âgés. *Revue médicale suisse*, 491; 1944–1948.
3. Grob W, Rutschmann O, Andreoli A (2003). Etat confusionnel aigu: prise en charge pragmatique dans un service d'urgence. *Revue médicale suisse*, 2446; 23171.
4. Ebbing K, Giannakopoulos P, Hentsch F (2008). Etat confusionnel chez la personne âgée, une détection laborieuse. *Revue médicale suisse* 153; 966–971.
5. Young J, Inouye SK (2007). Delirium in older people. *BMJ*; 334: 842–846.
6. White S, Bayer A. Delirium: a clinical overview. *Rev Clin Gerontol*. 2007; 17: 45–62.
7. Stanga Z et al. (2002). Etats confusionnels aigus. *Forum Med Suisse* No 43, 23 octobre 2002.
8. Lapante J, Cole M, McCusker J, Singh S, Ouimet MA (2005). Confusion Assessment Method: Validation d'une version française. *Perspective infirmière*, septembre-octobre.
9. Virani T, Santos J, McConell H, Shouten J, Lappan-Gracon S, Scott C, Kennedy M, Gergolas E et Powell K (2014). Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence et de dépression, RNAO.
10. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane systematic database*.
11. Cole MG, Ciampi A, Belizile E, Zhong L (2009). Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*, 38; 19–26.

Des mesures environnementales doivent être instaurées parallèlement au traitement médical. Des actions simples peuvent être mises en place telles que créer des routines, intégrer les proches notamment en leur demandant d'apporter des objets familiers appartenant au patient, afficher le lieu, la date et l'heure près du lit du patient. Le bruit devrait être réduit et le rythme jour-nuit favorisé (lumière le jour et obscurité la nuit). Il est également conseillé de limiter les changements de thérapeutes, de se présenter à chaque séance [9].

Une prise en charge interdisciplinaire permet des soins individualisés ainsi qu'une réafférentation et une mobilisation précoce [10].

L'ECA se résout dans 67 % des cas en 1 mois, 74 % en 3 mois et 79 % en 6 mois [11].



Monica Birkle, PT, ist Chef-Physiotherapeutin am universitären Behandlungs- und Rehabilitationszentrum Sylvana in Epalinges VD. Vorher war sie Fachexpertin für Physiotherapie im ambulanten geriatrischen Dienst am Universitätsspital CHUV in Lausanne.

Monica Birkle est physiothérapeute-chef du Centre universitaire de traitement et réadaptation (CUTR) Sylvana situé à EpalingesVD. Elle était auparavant référente du centre de gériatrie ambulatoire et communautaire pour la physiothérapie au CHUV.



Guillaume Roulet, PT, Master in Gesundheitsmanagement, ist Chef-Physiotherapeut an der medizinischen Abteilung am Universitätsspital Waadt (CHUV) in Lausanne.

Guillaume Roulet, PT, MAS en sciences et organisation de la santé, est physiothérapeute-chef du département de médecine du CHUV.



reha schweiz
■ suisse ■ svizzera ■ svizra
Schweizerische Gesellschaft für
Physikalische Medizin und Rehabilitation

1. Kooperationskongress
congrès de coopération

19.–20. Oktober/octobre 2017, Davos



Zukunft Rehabilitation Avenir réadaptation

Weitere Informationen/Informations supplémentaires
www.congress-info.ch/rehabilitation

physioshop



Shop online:
www.physioswiss.ch

UNSERE LEISTUNG BEWEGT ALLE.
NOTRE PASSION – VOTRE MOUVEMENT.
IL NOSTRO SERVIZIO MUOVE TUTTI.

