

Syndrome confusionnel

O SAINT JEAN

Objectifs

- Savoir définir le syndrome confusionnel
- Savoir apprécier sa fréquence et ces conséquences
- En connaître les signes cliniques
- En connaître les facteurs de risques
- S'approprier un outil de dépistage
- Connaître les protocoles de prévention applicable à l'hôpital
- Comprendre la démarche diagnostique

Un Cas

- Mme S, 80 ans vit de façon indépendante. Elle est traitée pour un « petit diabète ». Elle a de l'arthrose et une cataracte
- Hospitalisée en angor instable avec OAP: USIC, Perfusion, TNT, Lasilix, Morphine, AAP, HBPM, sonde urinaire
- J2: Souffrance myocardique persistante: Coronarographie et ATL+stent. Le soir: Confusion: Haldol+ Contention
- J4: IU fébrile sur sonde et √ confusion: SAD enlevée: incontinence une érosion cutanée sacrée est notée
- J9: Mme S est incontinente, avec un escarre sacré, incapable de se lever et de s'occuper d'elle-même. AS doit lui trouver 1 placement.

Définition

- Un trouble aigu de l'attention et de la cognition
- pas de définition standard jusqu'au DSM III de 1980
- parfois appelé encéphalopathie métabolique, "delirium" en anglais

Les critères DSM-IV

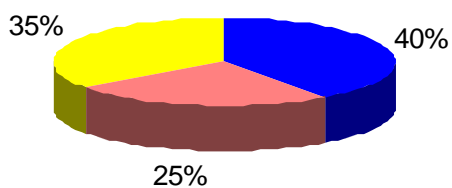
- Altération de la **conscience** avec diminution de la capacité à focaliser, maintenir ou changer le sujet de l'**attention**
- Modification cognitive ou perturbation de la perception qui n'est pas mieux expliquée par une démence pré-existante
- Les troubles **fluctuent** sur une courte période de temps et tendent à fluctuer au cours d'une journée
- On peut identifier une cause **organique** dans l'histoire, l'examen clinique ou les investigations

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association 2000)

Épidémiologie

- Motif d'admission 10-18%
- Prévalence 10-40% (10-85% postop)
- Incidence 25-60%
- Mortalité hospitalière 10-65%
- Prolonge la durée de séjour (x2)
- Augmente le taux d'institutionnalisation
- Estimation du coût annuel > 8 millions \$

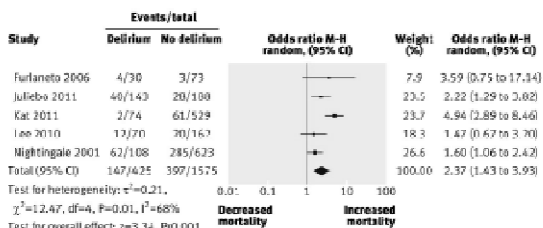
Pronostic



■ Guérison ■ Trouble cognitif permanent ■ Mortalité

Après guérison incidence annuelle de la démence proche de 20%

Confusion post opératoire et mortalité



Forest plot of data from studies reporting association between delirium after hip fracture and mortality. Meta-analysis done according to published methodology (see Sources and selection criteria).¹⁹ Weighting assigned according to inverse of the variance. CI=confidence interval. Mean follow-up period 20 months (range 1-40). Despite significant heterogeneity between the studies ($I^2=68\%$) postoperative delirium is associated with increased odds of mortality (defined as >1).

Sanders R et al BMJ 2011

Physiopathologie

- Diminution du métabolisme cérébral et dérèglement de la neurotransmission
 - déficit cholinergique
 - GABA
 - Dopamine
 - Altération du débit sanguin cérébral
 - Inflammation et stress oxydatif
 - Effet sur le SNC des lymphokines, cortisol, ou endorphines

Détection

- Sous-diagnostiqué:
 - 33-66% des Sd confusionnels (diagnostic par DSM IV ou échelles) non rapportés dans dossier médical ou infirmier
- Ne pas confondre état d'agitation et confusion
 - Il y a des agitations sans confusion (délire)
 - Il y a des confusion avec somnolence et hypoactivité+++
 - « tout va bien, c'est calme !!... »

Détection

- S'y intéresser
- Test de routine: comme la PA!!
- Nécessite des outils de dépistage

Confusion Assessment Method

- Outil de dépistage
 - reproductible
 - bref
 - validé dans différentes situations
- Le « MMS » n'est pas un outil adapté

Confusion Assessment Method

- Basé sur les facteurs clefs du diagnostic:
 - 1 Début aigu fluctuation de l'évolution
ET
 - 2 Inattention
PLUS
 - 3 Désorganisation du cours de la pensée et du langage
OU
 - 4 Atteinte de la vigilance

- Sensibilité 94 - 100%
- Spécificité 90 - 95%

1) Début Brutal et fluctuation dans l'évolution		
Y a-t'il à l'évidence dégradation aiguë du statut mental par rapport à l'état de base du patient		
OU		
Evolution fluctuante du comportement dans les dernières 24h (par exemple tendance à l'apparition et disparition du trouble ou à l'aggravation et la diminution de la sévérité)	NON	OUI
2) Inattention		
Difficultés à focaliser son attention (par exemple être facilement distractible ou avoir des difficultés à suivre le cours de ce qu'il dit)	NON	OUI
3) Désorganisation du cours de la pensée		
Le discours est désorganisé ou incohérent (par exemple conversation décousue ou inadaptée, organisation illogique ou floue du cours des idées, passage du coq à l'âne)	NON	OUI
4) Altération de la vigilance		
De façon générale, comment classez-vous le niveau de conscience de votre patient ?		
Parfaitement alerte (normal)		
Vigilant mais avec des troubles (Hyervigilant) : OUI		
Léthargique : OUI		
Stuporeux : OUI		
Comateux : OUI		
Avez-vous répondu oui à un des quatres items de la boîte	NON	OUI

Le spectre de l'activité psychomotrice

- Confusion hypoactive: léthargie, somnolence...
 - Les patients ne provoquent pas de troubles et peuvent ne pas être signalés
- Confusion hyperactive: agitation, hallucinations...
- Confusion mixtes

Le spectre de l'activité psychomotrice



Agitation



Léthargie

Autres symptômes fréquents

- Trouble de la mémoire
- Désorientation spatio-temporelle
- Des myoclonies peuvent être présentes
- Onirisme
- Inversion du cycle veille-sommeil

- Ils ne sont pas nécessaire au Dg

Diagnostic différentiel démence

- Très difficile en urgence
- Si doute il y a = c'est une confusion
- **Attention un dément peut être confus**
 - c'est fréquent puisque la démence est un Fdr
 - (25% des patients confus sont finalement reconnus comme déments, 40% des patients déments entre confus à l'hôpital)
 - modification brutale des Tb cognitifs +apparition de Tb de vigilance, du langage et de l'attention doivent alerter, FLUCTUATIONS
 - On n'arrive pas à faire un MMS ou une horloge
 - le traitement de la cause d'une confusion est une URGENCE (pas celui de la démence)

Pas si confus que ça...

- Anxiété et dépression
- Psychose
- Surdité (le patient ou le staff!)
- Sommeil (idem!)
- Aphasie de Broca

Etape1: Interrogatoire

(de la famille, du médecin...)

- 1) Chercher le médicament
 - Attention à la chronologie
 - Les ordonnances: toutes+ automédication
 -  ventuellement doser
 - Arrêter et surveiller si suffisamment plausible
 - Ne pas oublier le SEVRAGE (BZD ou autre, et OH)
- 2) Chercher le traumatisme
 - Attention à la chronologie
 - Y compris mineur
 - TDM cérébral mais attention à l'élément DOULEUR

Les médicaments et la confusion

- Sédatifs:
 - BZD, barbituriques...
- Antalgiques morphinomimétiques
 - Acupan, Topalgic
- **Anticholinergiques**
 - Antihistaminiques (Atarax), antispasmodiques, AD3, antiparkinsoniens, antiarythmiques, Primperan
- Cardiotrope: **Digoxine**
- Anti-hypertenseurs:
 - Centraux surtout, β bloqueurs
- Autres: antiH2, CT, Lithium, **anticonvulsivants, AINS, Dopa**

Etape2:

Examen clinique neurologique

- Sd méningé sans signe focaux
 - fièvre=PL
 - pas de fièvre=TDM+/-PL
- Signes focaux
 - TDM: HSD/ED, AIC, contusions, tumeurs, abcès, encéphalite
- Normal
 - poursuivre

Etape2: Examen clinique général

- Fièvre=PL et autres examens bio: infections (ne pas se jeter sur ECBU+)
- Pathologie pulmonaire hypoxémiante=QS (RxP)
- Pathologie chirurgicale=QS
- ECG systématique++++=QS
- TR et globe vésical+++
- Douleurs
- Baisse du débit sanguin cérébral (cœur,PA)

Etape3: Biologie

- NFS: anémie hyperleucocytose
- Iono: hypo/hypernatrémie (tb hydratation), hypercalcémie, hypo/hyperglycémie, insuffisance rénale aiguë
- BH: encéphalopathie? cholécystite?
- Troponine? BNP?
- TSH pas en urgence mais sera nécessaire
- GDS non systématique
- Toxiques: OH, CO, barbituriques, BZD, Digoxine

Etape4:

Et si la biologie est négative?

- 1) TDM: si +: QS
- 2) si -: EEG: si +: QS
- 3) si -: PL: si +: QS
- 4) si -: ATTENDRE vitamines?

Stratégie thérapeutique médicamenteuse

Facteurs de risque

Prévention

Traitement pharmacologique

Facteurs de risque

- Nombreux
 - A différencier de la cause ORGANIQUE qu'il faut chercher et qui peut parfois être évitée (fièvre, douleur...)
 - Non modifiables (âge, type de chirurgie, fracture, hospitalisation en urgence, terrain alcoolique...)
 - Modifiables: + intéressants car en les prenant en compte on peut diminuer l'incidence des confusions

Facteurs de risques modifiables

- 1) Troubles cognitifs:
 - Favoriser l'orientation
 - protocole d'OTS, tableau des noms de l'équipe, calendrier
 - Favoriser les activités stimulantes sur le plan cognitif
 - discussion sur les événements, jeux de mots...
- 2) Troubles du sommeil:
 - Favoriser l'endormissement non pharmacologique
 - boisson chaude, musique, massages du dos
 - Favoriser le sommeil
 - réduction du bruit, pas de surveillance systématique nocturne

Facteurs de risques modifiables

- 3) L'immobilité:
 - Mobilisation précoce
 - lever /exercices au lit, réévaluation des perfusions et dispositifs
- 4) Les troubles de la vue:
 - Corriger si possible
 - vérifier le port des lunettes, l'appoint par loupe éclairante
 - S'équiper
 - téléphone à large touche lumineuse, livres gros caract, sonnette

Facteurs de risques modifiables

- 5) Les troubles de l'audition:
 - Corriger si possible
 - vérifier le port de prothèse, l'absence de bouchon de cerumen
 - S'équiper
 - communiquer par écrit
- 6) Déshydratation
 - Surveiller
 - Poids+++++++, prise orale, ionogramme
 - Corriger précocement
 - notamment par l'encouragement oral

Démarche

- 1) Cause: simple (globe,doul,fécalome) TRAUMA →
complexe (bio,ECG,TDM, EEG,PL...)
- 2) Lunettes, dentier et prothèses auditives
(interprète)
- 3) Orienter
- 4) Calmer l'atmosphère pour calmer le malade
- 5) Hospitaliser si nécessaire
- 6) Attention aux chutes
- 7) Réhydrater ou prévenir la déshydratation
- 8) Debout vite

Prévention de la confusion hospitalière

- Etude prospective contrôlée
- 426 malades dans chaque groupe
- Age >70 ans sans confusion à l'entrée mais à risque
- Actions standardisées détaillées axées sur
 - l'orientation,
 - la diminution des médicaments sédatifs,
 - l'amélioration de l'autonomie,
 - la correction des handicaps visuels et auditifs,
 - le traitement de la déshydratation.
- *Variable de résultat : épisode confusionnel*

Inouye S et al NEJM 1999 340 : 669-73

Prévention de la confusion hospitalière

	Action	Contrôles	p/OR
1 ^{er} épisode	9.9%	15.0%	0.02/0.6
Sévérité	3.9	3.6	NS
Récidive	31.0%	26.6%	NS
N FR base	2.5	2.5	NS
N FR J5	1.7	1.9	0.001

Inouye S et al NEJM 1999 340 : 669-73

Intervention gériatrique (CGA) et confusion postopératoire (orthopédie)

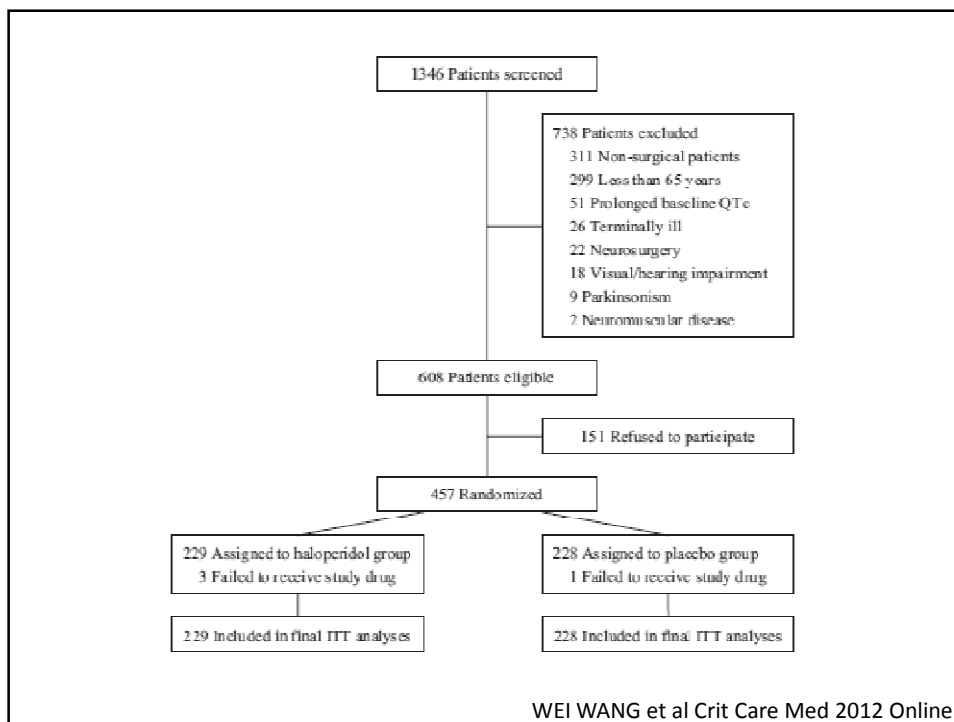
- 126 patients (âge moyen 79 ans) pour FESF
- Dans les 24 h pré-op : CGA et intervention « libre »
- Confusion durant hospitalisation : 32% vs 50%
- Confusion sévère durant hospitalisation : 12% vs 29%

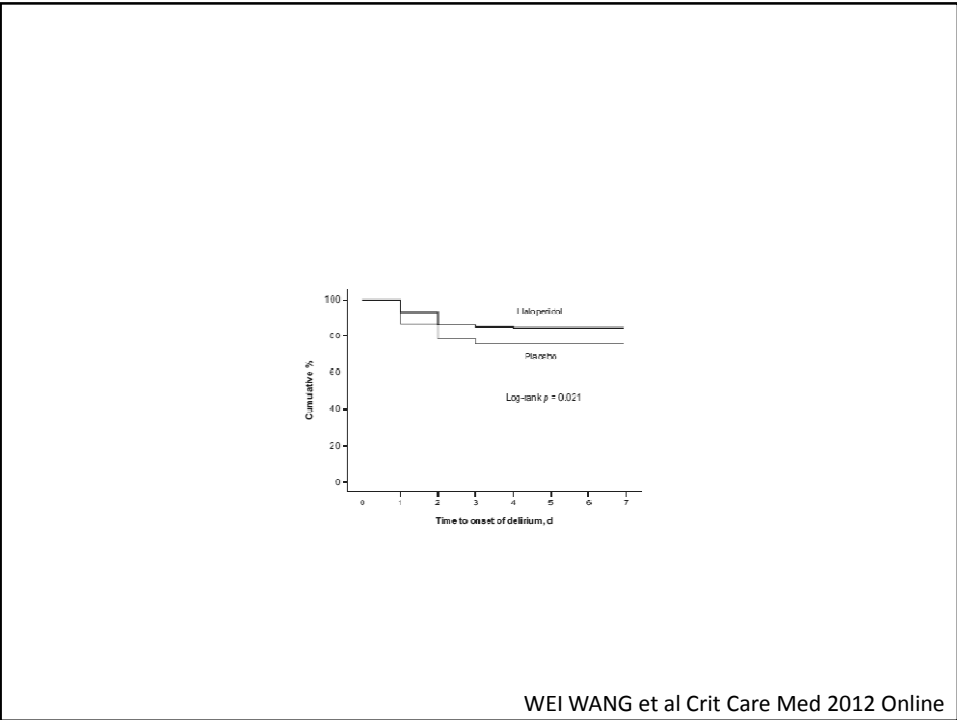
Marcantonio E et al JAGS 2001

Haloperidol prophylaxis decreases delirium incidence in elderly patients after noncardiac surgery: A randomized controlled trial

- 465 patients, âge sup à 65 ans, chirurgie non cardiaque
- Haloperidol IV 0.5 mg en bolus, puis 0.1 mg/h sur 12h, au réveil
- Variables de résultats
 - Princeps : survenue d'une confusion sans les 7 jours post op (CAM for ICU)
 - Secondaires
 - Délai de survenue de la confusion
 - Nombre de jours libres de confusion
 - Durée séjour au réveil
 - Mortalité à 28 jours

WEI WANG et al Crit Care Med 2012 Online





WEI WANG et al Crit Care Med 2012 Online

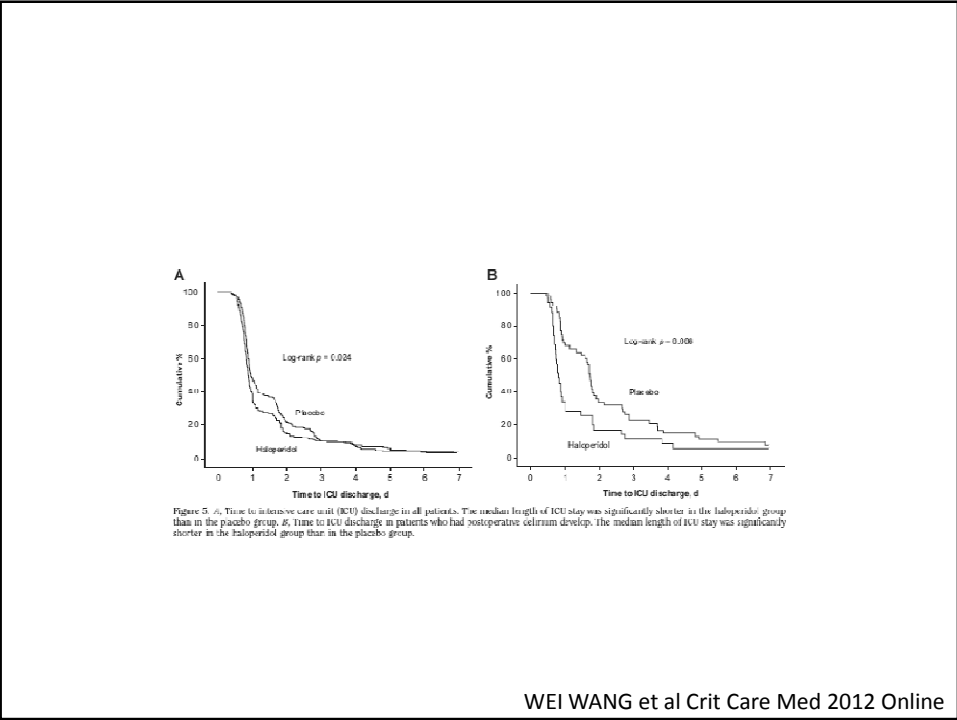


Figure 5. A, Time to intensive care unit (ICU) discharge in all patients. The median length of ICU stay was significantly shorter in the haloperidol group than in the placebo group. B, Time to ICU discharge in patients who had postoperative delirium develop. The median length of ICU stay was significantly shorter in the haloperidol group than in the placebo group.

WEI WANG et al Crit Care Med 2012 Online

Patient agité

- Calmer TOUT le monde
- Pas de barrière, renforcer vigilance (hydratation...)
- Éviter la contention mécanique
 - si nécessaire la prescrire et prescrire sa surveillance
- Les sédatifs: ne sont indiqués que si
 - l'agitation peut être la cause de l'arrêt de traitement indispensable
 - il y a un risque auto ou hétéro-agressif
- Favoriser et respecter le sommeil

Quels sédatifs

- Si l'anxiété domine = Anxiolytique
 - Meprobamate: Equanil® 400mg
 - BZD (sevrage?)
- Si le délire domine = Neuroleptique

Quel antipsychotique choisir ?

Antipsychotics for delirium (Review)

Lanegan F, Britton AM, Luxenberg J



Cochrane 2008

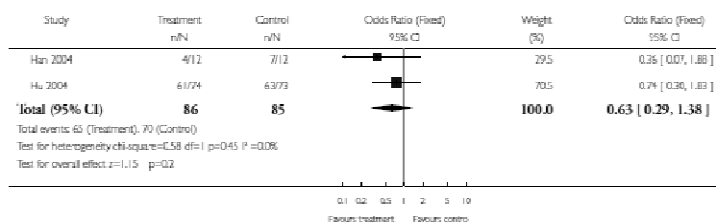
Halopéridol vs NL atypique : efficacité et toxicité équivalente

Analysis 01.01. Comparison 01 Atypical antipsychotics v haloperidol in delirium, Outcome 01 Risperidone (Hal)/olanzapine (Hu) - (treatment group) v haloperidol (control group)

Review: Antipsychotics for delirium

Comparison: 01 Atypical antipsychotics v haloperidol in delirium

Outcome: 01 Risperidone (Hal)/olanzapine (Hu) - (treatment group) v haloperidol (control group)



Cochrane 2008

Recommandations professionnelles

Class and Drug	Dose	Adverse Effects	Comments
Antipsychotic Haloperidol	0.5–1.0 mg twice daily orally, with additional doses every 4 hr as needed (peak effect, 4–5 hr) 0.5–3.0 mg intramuscularly, ul- timate after 30–60 min and re- peat if needed (peak effect, 20–40 min)	Extrapyramidal symptoms, espe- cially if dose is >3 mg per day Prolonged corrected QT interval or electrocardiogram Avoid in patients with withdrawal syndrome, hepatic insuffi- ciency, neuroleptic malignant syndrome	Usually agent of choice Effectiveness demonstrated in ran- domized, controlled trials ^{20,27} Avoid intravenous use because of short duration of action
Atypical antipsychotic Risperidone Olanzapine Quetiapine	0.5 mg twice daily 2.5–5.0 mg once daily 2.5–5.0 mg once daily	Extrapyramidal effects equivalent to or slightly less than those with haloperidol Prolonged corrected QT interval or electrocardiogram	Tested only in small uncontrolled studies Associated with increased mortality rate among older patients with dementia
Benzodiazepine Lorazepam	0.5–1.0 mg orally, with additional doses every 4 hr as needed*	Paradoxical excitation, respira- tory depression, oversedation	Second-line agent Associated with prolongation and worsening of delirium symp- toms demonstrated in clinical trial ²⁷ Reserve for use in patients under- going sedative and alcohol with- drawal, those with Parkinson's disease, and those with neuro- leptic malignant syndrome
Antidepressant Trazodone	25–150 mg orally at bedtime	Oversedation	Tested only in uncontrolled studies

* Intravenous use of lorazepam should be reserved for emergencies.

Inouye SK NEJM 2006

Emploi des médicaments

- Un médicament est mieux que 2
- Ce traitement doit être arrêté dès que possible (ne pas confondre TdC et Confusion)
- Le moins anticholinergique possible (pas d'Atarax)
- Parfois les BZD sont utiles (notamment si sevrage OH)

Conclusion

- Fréquent, sévère
- La prévention est la meilleure approche possible
- Détection problématique, favorisée par l'utilisation d'outil standard telle que CAM
- Causes variées et parfois multiples
- S'occuper des médicaments, NE PAS ATTACHER
- Souvent symptôme révélateur d'une démence, si doute avec démence c'est une confusion