



Etat confusionnel chez l'âge

Dre Anne Junod
UGC

10 août 2011



1er cas: Mme I.L. 1929

■ Comorbidités:

- Trouble cognitifs non bilanté (MMS 14/30)
- État anxio-dépressif
- HTA traitée
- Diabète II
- Dyslipidémie
- Cardiopathie ischémique av maladie 3 vx, stent CX, CD, angioplastie IVP.



Mme I.L.

■ Hospitalisation 22 mai 2011:

- Apparition 6 mai 2011: tr comportement hétéro-agressif (famille), puis désorientation T, agitation psychomotrice, hallucinations visuelles, délire persécution, discours incohérent (coq à l'âne), anxiété, pleurs récurrentes, refus de s'alimenter.
- Pas de facteur déclenchant mis en évidence (ni par proche, ni par CAPP), sauf constipation, voire erreur prise médic (Distraneurin)
- CAU: CT cérébral: atrophie corticale importante
- Status: RAS, sauf ralenti psychomoteur, hypomimie, indifférence affective.
- ASP: coprostase
- Labo: IRC: créatinine 126 (clearance: 35 ml/min) néphropathie HTA et diabétique

■ Evolution:

- Bilan : exclusion des causes somatiques, puis arrêt des psychotropes: Distraneurin, Cymbalta) et ttt coprostase.
- Évolution favorable: disparition tr comportement, thymie stable. RAD 9 juin.

■ Dx retenu: état confusionnel.



Questions:

- *Comment diagnostiquer un EC?
EC vs démence ?*
- *Quels facteurs prédisposants ?*

2ème cas: Mme M. C. 1931

- Comorbidités:
 - démence neurodég. CDR1 (Reminyl 24 mg)
 - Difficulté ds gestion des finances → angoisse.
 - État dépressif chronique
 - Dyslipidémie (Simcora 20 mg)
 - Insuffisance veineuse chronique
 - Coxarthrose G invalidante (Dafalgan 1gr)
- S/p PTH D 1999

Mme M. C.

- Pose de PTH G en électif (mai 2011)
- Peu après l'admission:
 - Désorientation T, E
 - Agitation psychomotrice (tél +++ , perturbation +++ ds service ortho). Trbles mémoires aggravés.
 - → patiente récusée, opération reportée !
RAD le jour-même.
- Dx retenu par ortho: aggravation de la démence.
- Disparition rapide des tr comportement (agitation psychomotrice).

Mme M. C.

- Fin:
 - Patiente angoissée → intro. Xanax 0,5 mg, bon effet.
 - Augmentation passage infirmier 1x/j 7/7.
 - Mise sous curatelle de gestion. Attente de l'opération.
- *Comment prévenir un EC chez patient devant être hospitalisé /opéré ?*
- *Quelle prise en charge d'un EC ?*

Critères diagnostics DSM IV

- **A — Perturbation de la conscience**
 - avec diminution de capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- **B — Modification du fonctionnement cognitif**
 - déficit de mémoire, désorientation, tr. du langage ou perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante.
- **C — La perturbation s'installe en un temps court**
 - quelques heures - jours et évolution fluctuante au long de la journée.
- **D — Mise en évidence** (d'après anamnèse, examen physique, ou examens compl.) **que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes :**
 - affection médicale générale ;
 - apparition A et B au moment de l'intoxication par substance/médicaments;
 - apparition A et B au moment d'un sy de sevrage;
 - de plusieurs causes (ex. pls affections médicales, ou affection médicale + une intoxication/effet secondaire d'un médicament).

CAM Confusion Assesment Method, critères diagnostiques

LE DIAGNOSTIC REQUIERT LES CRITÈRES 1 ET 2, ET 3 OU 4.

- **1 — Changement brutal et évolution fluctuante.**
 - Y a-t'il eu un changement aigu du comportement du patient? comportement inhabituel, fluctuant durant la journée ?
- **2 — Inattention.**
 - difficultés à focaliser l'attention (facilement distrait), difficultés à suivre conversation ?
- **3 — Pensée désorganisée.**
 - pensée désorganisée ou incohérente (conversation improductive, idées illogiques, coq à l'âne) ?
- **4. — Niveau de conscience altéré.**
 - Evaluation du niveau de conscience : alerte , vigilant , léthargique , stuporeux , ou comateux ?

Martinaud O, Présentation de deux échelles de confusion. Rev Neurol 2001;157:708-12.

Formes d'EC

- **Hyperactives: seulmt 15%** dx facile (agitation)
- **Hypoactives: 19%** Svt confondu av Et dépressif !!
- **Mixtes: 52%**
- **Calmes: 14%** (dx difficile, activité reste N)

Martinaud O. La revue du praticien, vol 56. 30 septembre 2006

Échelle d'évaluation CAM

- Facile d'utilisation
- validée pr clinicien non psychiatre.
- Spécificité de 90-95%
- Sensibilité de 94-100%

Inouye SK et al. Ann Intern Med 1990 Dec 15;113(12):941-8

EC: dx différentiel

	Etat confusionnel	Démence
Début	Aigu	Insidieux
Evolution	Fluctuations, svt sur heures-jours.	Progressive, mois-années
Et conscience	Hyper-, hypo, alerte	Conservé
Attention	Altérée, fluctuations	Intactes
Mémoire	Perturbée (récente)	Perturbée
Hallucinations	Fréquentes, srt visuelles	Svt absentes, sauf DCL
Activité psychomotrice	Imprévisible (augm ou dim.)	Svt normale
Langage	Incohérent	Persévération, manque du mot.

EC: épidémiologie

- Admission aux urgences:
 - 10% des patients
 - Jusqu'à 30% des personnes âgées
- Patient âgé fragile : jusqu'à 60% (prévalence)
- 40 % (incidence) patients aux SI
- 33% (incidence) patients âgés post pontage coronarien
- 40-60 % (prévalence) post fracture hanche
- 20% (incidence) admission oncologie

Siddiqi N, Stockdale R et al, University of Leeds, Cochrane Database Syst Rev 2007 Apr 18;(2):CD005563.

EC: évolution

- Unité de réhabilitation (20%) , après 1 semaine:
 - 14% guérit
 - 22% amélioration
 - 52% stabilisation
 - 12% péjoration
- Tr cognitifs: peuvent persister → au moins 1 année (srt inattention, désorientation, tr mémoire).
- A 1 an après état confusionnel:
 - Risque ↑ (HR: 2,6) pour placement ou mortalité chez patient sortant hôpital av EC (McAvay GJ. JAGS 2006)
- Plus rapide est le rétablissement intra-hospitalier, meilleur est le px.

Evolution à 1 an:

Etude prospective Mc Avay et al. JAGS 2006

Compare taux placement et mortalité à 1 an post hospitalisation, sv médecine générale chez 3 groupes: 433 patients (≥ 70 ans)

EC à sortie	24 (5.5%)	→	HR aj: 2.64
EC résolu à sortie	31 (7.2%)	→	HR aj: 1.53
Sans EC	378 (87.3 %)		

À 1 an de suivi :

Table 2. One-Year Outcomes by Delirium Status at Discharge

Delirium Status	Nursing Home Placement n/N (%)	Percentage of Days in Nursing Home*		Days of Survival Mean (SE) [†]	Death or Nursing Home Placement n/N (%)	Days Until Death or Nursing Home Placement Mean (SE) [†]
		Mean ± Standard Deviation	Death n/N (%)			
Never delirious	111/378 (29.4)	24.1 ± 29.9	75/378 (19.8)	323.9 (4.8)	157/378 (41.5)	254.8 (7.7)
Delirium resolved	14/31 (45.2)	40.6 ± 37.9	8/31 (25.8)	313.8 (17.8)	21/31 (67.7)	180.9 (28.2)
Delirium at discharge	19/24 (79.2)	52.8 ± 40.0	9/24 (37.5)	234.0 (26.2)	20/24 (83.3)	80.1 (27.2)
P-value [‡]	<.001	<.001	.03	.05	<.001	<.001

EC à sortie = haut tx placement ou mortalité à 1 an

EC: conséquences

- Augmentation de morbidité
 - Chutes, incontinences, infections, escarres
- Prolongation de séjour
- Augmentation de mortalité
- Placement
- Coût de santé (pt av EC aux SI: coût 31% supérieur)

Siddiqi N, Stockdale R et al, University of Leeds, Cochrane Database Syst Rev 2007 Apr 18;(2):CD005563.

EC: facteurs de risque

- ★ ■ **Démence** FR le plus fort; 25-75% pt av EC, risque d'EC: 5x OR 5.5 [CI: 4.2, 6.3]
- Comorbidité (poly-)
 - ★ ■ **Pathol médicale** OR 3.8 [CI: 2.2, 6.4],
 - tr psy: **dépression** OR 1.9 [CI: 1.3, 2.6]
- **Alcool** OR 3.3 [CI: 1.9, 5.5]
- ★ ■ **Médication (poly-)**
- ★ ■ **Age (> 80 ans)**
- ★ ■ **Sexe masculin**
- Dépendance pr AVQ
- Isolement social
- Sous-alimentation (albumine basse)
- Trbles sensoriels (visuel, auditif)
- Contention physique (en institution)

EC: facteurs précipitants

- **Pathologies aiguës** : cardiaque, pulmonaire, infectieuse, SNC, fracture
- Trbles électrolytiques (Na, k, Ca, glycémie)
- Deshydratation
- Médicaments (12-39% des causes d'EC)
- Sevrage (BZD, OH)
- Douleur
- Privation de sommeil
- Rétention urinaire, fécalome
- Utilisation sonde urinaire
- Post chirurgical (1/4 des patients > 60 ans)
 - Srt si démence, bas débit card, hypotension périopératoire, hypoxémie post op, anticholinergiques.

Svt multifactoriel !

Plus il y a FP , plus grand est le risque de développer un EC

EC: médication à risque

- Presque ttes les classes médicament : potentiellement à l'origine d'un EC
- Essentiellement:
 - Anticholinergiques
 - Hypno-sédatifs (bzd)
 - Narcotiques
- La susceptibilité à ces molécules dépend présence de démence, type et sévérité de la maladie sous-jacente. Ex: Alzheimer (réserve cholinergique diminuée) + antichol.
- Médicaments = cause réversible la plus fréquente.

EC: médication à risque (suite)

Box 1: Delirants (drugs causing delirium)

Prescription drugs

- Central acting agents:
 - Sedative hypnotics (for example, benzodiazepines).
 - Anticonvulsants (for example, barbiturates).
 - Antiparkinsonian agents (for example, benzotropine, trihexyphenidyl).
- Analgesics:
 - Narcotics (NB. meperidine*).
 - Non-steroidal anti-inflammatory drugs*.
- Antihistamines (first generation—for example, hydroxyzine).
- Gastrointestinal agents:
 - Antispasmodics.
 - H₂-blockers*.
- Antinauseants:
 - Scopolamine.
 - Dimenhydrinate.
- Antibiotics:
 - Fluoroquinolones*.
- Psychotropic medications:
 - Tricyclic antidepressants.
 - Lithium*.
- Cardiac medications:
 - Antiarrhythmics.
 - Digitalis*.
 - Antihypertensives (β-blockers, methyldopa)
- Miscellaneous:
 - Skeletal muscle relaxants.
 - Steroids.

EC: Prise en charge

- 1) Dx et « traiter » la cause:
Ex: infection, tr métabolique, douleur, constipation, diminuer ou stop médicament (intro ou augm dose récente ?) ...
- 2) soins généraux :
surveillance étroite, aide à la mobilité, prévention aspiration et ulcère décubitus

EC: Prise en charge (suite):

- 3) mesures pharmaco: si néc.
 - Antipsychotiques (petite dose, court)
 - Selon recommandations d'un panel d'experts 2004 : pas de consensus pr antipsychotique de 1^{er} choix ds ttt EC.
 - halopéridol (svt utilisé, peu sédatif, moins anticholinergique, moins hypotensif) : débiter: 0,25-0,5 mg po ou 0,125-0,25 im.
Si néc à répéter après 20-30'. Max: 3 mg/j.
 - rispéridone (Risperdal) 0,25 mg po, augm progr max 1,5 à 2 mg/j (NL atypique, si agitation)
 - quetiapine (Seroquel) 6,25 mg po.
 - Benzodiazépines à éviter, risque d'aggravation ! (sauf sevrage OH, bzd, EH, parkinsonisme)
 - Ex: lorazepam (Temesta)

EC: Prise en charge (suite):

- 4) mesures non pharmaco.
 - Interv. soignantes: ↓ bruits, éclairage adapté, horloge, calendrier, orienter patient ds le temps, lunettes, app. auditif, améliorer contrôle des sens, éviter chgmt chambre...
 - Interv. proches: contact visuel, physique, orientation verbale, accompagnement.
 - Contraintes physiques : si possible à éviter

EC: prévention ?

- Prévention suppose une connaissance des risques :
 - iatrogènes associés à la médication
 - attention tr hydro-électrolytique,
 - fragilité personnes âgées
 - tr cognitifs.
- Svt origine multifactorielle (médic, infection, désafférentation lors hospit) :
→ donc large spectre d'intervention : réorientation, diminuer anxiété, éval. médicale préopératoire, contrôler douleur.

EC: prévention: revue

Cochrane Database Syst Rev. 2007

Interventions for preventing delirium in hospitalised patients.

Siddiqi N, Stockdale R et al, University of Leeds, Academic Unit Psychiatry and Behavioural Sciences, Leeds, UK.

- **Outcome:** déterminer efficacité des interventions pr prévenir un EC à l'hôpital
- **CCL: peu d'évidence d'étude sur prévention de EC pr guider pratique clinique.**
Seulement 6 études RCT incluses, hétérogénéité des interventions testées, donc M-A pas possible.
 - 1 étude : population: allant avoir chirurgie pr # hanche, nb: 126, ≥ 65 ans
Prg de CS gériatrique proactive peut :
 - ↓ incidence de EC RR: 0,64 [CI: 0.37, 0.98], NNT: 6
 - ↓ sévérité EC RR: 0,4 [CI:0.19, 0.89]
 - 1 étude : population: allant avoir chirurgie de hanche (électif/urgence), nb: 430, > 70 ans
Pet dose haldol prophylactique (0,5 mg 3x/j) dep admission → 3 j post op. peut :
 - ↓ sévérité EC p< 0.001
 - ↓ durée EC RR: - 6,44 [-7.64, -5.24]
 - ↓ durée hospit. (différence moy de 5,5 j entre 2 grpes) p< 0.001
 - pas d'effet significatif sur incidence EC.
- Pas d'étude sur effet moyen- long terme, Seulement jusqu'à sortie de l'hôpital.
- Pas d'étude complète faite en milieu hospit médecine, gériatrie, chir générale, oncologie...
- Pas d'outcome sur mortalité, utilisation psychotrope, AVQ, , comorbidités psy, coût de santé...

Take home message

- Pathologie fréquente en gériatrie
- Souvent non ou mal diagnostiquée (forme hypoactive, démence)
- Echelle diagnostique efficace: CAM
- Souvent cause réversible (médic, globe)
- Peut évoluer sur plrs mois!

Références

- Inouye SK et al. Ann Intern Med 1990 Dec 15;113(12):941-8
- American Psychiatric Association – DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des Troubles Mentaux, 4e edition, texte révisé (Washington DC, 2000). Traduction française de J.-D. Guelfi et al., Paris : Masson, 2003, 1 120 pages.
- Martinaud O, Hannequin D. Présentation de deux échelles de confusion. Rev Neurol (Paris) 2001;157:708-12.
- Martinaud O. La revue du praticien, vol 56. 30 septembre 2006
- Am J Geriatr Psychiatry 12:1, January-February 2004
- McAvay GJ. J Am Geriatr Soc 2006 Aug;54(8):1245-50.
- Alagiakrishnan K et al, Postgrade Med J, 2004, jul;80(945):388-93
- Alexopoulos GS et al, Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. J Clin Psychiatry. 2004; 65 Suppl 2:5-99
- Siddiqi N, Stockdale R et al, University of Leeds, Cochrane Database Syst Rev 2007 Apr 18;(2):CD005563.
- Michel Elie, et al. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. J Gen interne med 1998; 13:204-212.