



Agitation et confusion Stratégie de prise en charge

SPES

Date: validé par le Conseil d'Administration du 08/12/2005

Définitions:

- **Agitation** : Perturbation dans le sens d'une accélération désordonnée des comportements moteur, psychique et relationnel pouvant susciter une réaction d'intolérance de l'entourage ou du milieu.
- **Confusion**: apparition brusque, récente, et transitoire d'une perturbation aiguë du comportement avec troubles de la vigilance et altération globale des fonctions cognitives (raisonnement, orientation spatio-temporelle, mémoire).

En soins palliatifs, l'agitation fait partie des situations urgentes à prendre en compte car elle représente un danger potentiel pour le patient et est anxiogène pour la famille et les soignants.

Elle peut compromettre un maintien au domicile qui au départ était désiré par le patient et son entourage

Dans la majorité des situations, l'agitation est liée à l'apparition d'un état confusionnel en relation avec un syndrome organique, métabolique ou iatrogène.

Des études ont mis en évidence qu'1 patient cancéreux sur 5 en phase terminale présente une confusion.

C'est l'analyse des éléments associés qui permettra une orientation diagnostique

Ne pas perdre de vue que, comme d'autres manifestations psychiques, la confusion peut constituer un refuge contre une réalité insupportable. Cette interprétation peut parfois conduire les soignants à négliger à juste titre ce symptôme en pensant que le patient est "bien là où il est" dans cette confusion protectrice



Diagnostic :

: Le tableau clinique peut revêtir plusieurs aspects plus ou moins intriqués

- Raptus anxieux : aggravation d'un état anxieux préexistant, symptomatologie dépressive, réaction aigüe à des facteurs environnementaux
- Anxiété et syndrome confusionnel : troubles de la vigilance, troubles cognitifs, désorientation temporo-spatiale, perturbation du cycle veille sommeil, troubles du comportement et perceptions anormales (hallucinations), amnésie. Ces troubles ont souvent un caractère fluctuant avec un maximum le soir et la nuit (obscurité => accentuation de la perte des repères familiaux).
- Etat délirant : agitation sur phénomènes hallucinatoires et dissociatifs

Examen:

L'interrogatoire du patient (s'il reste possible) et de ses proches ainsi que l'examen clinique restent indispensables, permettant, par exemple, souvent de repérer une cause organique derrière un effet supposé des médicaments

Etiologies :

Iatrogène :

- Morphine et autres opiacés, Benzodiazépines, Scopolamine, Corticoïdes, AINS, anticholinergiques, antiparkinsonniens, antiémétiques, antidépresseurs, anticonvulsivants, antagonistes H₂ (Tagamet®), cardiotropes, cytotoxiques, radiothérapie cérébrale.
- Syndromes de sevrage

En pratique tout médicament doit être suspecté même s'il n'est pas, à priori confusio-gène

Organique :

- Douleur (par exemple: escarre douloureuse sur appui) en outre, la confusion rend aléatoire l'évaluation correcte et le contrôle de la douleur et des autres symptômes.
- Constipation, fécalome
- Rétention urinaire
- Tumeurs cérébrales (surtout gliomes et lymphomes), méningite carcinomateuse, toutes causes d'hypertension intracrânienne, épilepsie



- Syndrome paranéoplasique pour les cancers du poumon et du sein
- Hyperthermie, infection, anoxie cérébrale (AVC, hématome sous-dural, anémie)
- Troubles métaboliques : insuffisance respiratoire, hépatocellulaire, rénale, anémie, déshydratation, désordres électrolytiques, hypo ou hypernatrémie, hypercalcémie, hyperglycémie, hypoglycémie, dénutrition (hypoalbuminémie et déficit en vit B1)
- Troubles endocriniens: hyperthyroïdie, hypercorticisme phéochromocytome

Psychique :

- Repli et isolement psychique dans le cadre d'une dépression
- Démences, psychoses

Autres:

- Alcool (ivresse, delirium tremens), PCP (phencyclidine), Cannabis, LSD, Amphétamines
- Intoxication au CO (Chauffage à combustion)

Prise en charge thérapeutique :

Non médicamenteuse :

- Rester calme et empathique
- Informer, rassurer, sécuriser,
- Favoriser les contacts apaisants, brefs et fréquents avec les soignants.
- Éviter la multiplication des intervenants,
- Encourager la présence continue d'un proche,
- Soutenir la famille

Gestion de l'environnement :

- Ne pas laisser le patient seul
- Luminosité de la chambre : rythme jour/nuit, diminuer les stimulations sensorielles
- Maintenir les repères de permanence : horloge, éphéméride, objets personnels.
- Réfléchir à des mesures de sécurité (exemple : ridelles de lit, (ou placer le matelas au sol)

Médicamenteuse :

- Abstention thérapeutique si confusion "calme"
- Pas d'emploi systématique de traitement psychotrope ou sédatif qui peut majorer la confusion



Traitement étiologique :

- Toujours en première intention si possible
- Rechercher une cause somatique, en premier lieu
- Poser l'indication d'examen complémentaires en fonction du rapport bénéfice / pénibilité pour le patient.
- Envisager une cause iatrogène en première intention (ne garder que les médicaments essentiels, adapter les posologies, etc.)

Traitement symptomatique :

- Utiliser de préférence un anxiolytique n'ayant pas de métabolites actifs, à demi vie courte (ex. Lorazepam TEMESTA® ou Midazolam HYPNOVEL® à petite dose) ou intermédiaire (Alprazolam XANAX®)
- Éviter Tranxène® et Valium® (demi- vie longue et effets paradoxaux)
- Si confusion anxieuse et/ou agitation délirante : HALDOL® Halopéridol en IM ou SC
La posologie est de 1 à 4 ampoules par jour
- Si agitation maniaque ou anxieuse: Loxapine LOXAPAC® en IM (1 à 6 amp. par jour) ou en gouttes (75 à 200 gouttes par jour)
- En cas d'agitation extrême: possibilité d'une sédation transitoire: HYPNOVEL® avec titration en IV ou SC voire per os (cf protocole utilisation de l'Hypnovel®)

Le syndrome confusionnel est réversible → réévaluer et adapter quotidiennement.