

ETAT CONFUSIONNEL AIGU (ECA) A L'HOPITAL GENERAL : RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

NOTE : Les chiffres entre parenthèses renvoient aux numéros des parties (I, II, III) et aux chapitres du document complet disponible sur l'Intranet.

Les lettres (A), (B), (C), et (I) renvoient aux catégories de recommandations définies au chapitre I : 3.4.

GENERALITES

L'ECA est une pathologie fréquente en milieu hospitalier aigu. Dans des études récentes, la prévalence à l'admission varie de 11 à 33%, et l'incidence durant le séjour de 3 à 42% (I : 4.1). L'ECA toucherait jusqu'à 40 % des patients âgés hospitalisés.

Les patients souffrant d'ECA montrent des taux de mortalité plus importants, une durée de séjour allongée et un taux d'institutionnalisation plus élevé. Ils présentent, durant les mois qui suivent l'épisode, plus de troubles cognitifs et un statut fonctionnel moins bon que les patients n'ayant pas souffert d'ECA. Un épisode d'ECA pourrait donc signer l'apparition prochaine d'une démence (I : 4.1-4.3).

DIAGNOSTIC

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ECA OU DELIRIUM (DSM IV-TR)

Quatre critères nécessaires et suffisants (I : 2.3)

A) **Perturbation de la conscience** (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.

B) **Modification du fonctionnement cognitif** (tel qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une **perturbation des perceptions** qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

C) La perturbation **s'installe en un temps court** (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir **une évolution fluctuante** tout au long de la journée.

D) Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou les examens complémentaires d'une **perturbation due aux conséquences physiologiques** directes d'une affection médicale générale.

SOUS-TYPES D'ECA (I : 4.4)

- **Type hyperactif** :
 - agitation, agressivité
- **Type hypoactif** :
 - léthargie, ralentissement psycho-moteur
- **Types mixtes**

FACTEURS DE RISQUE (II :1)

Facteurs prédisposant à l'ECA

(existent au moment de l'admission à l'hôpital) (II : 1.4.1)

- L'âge > 70 ans (A)
- Les troubles cognitifs (A)
- La sévérité de la pathologie sous-jacente (A)
- La polymédication (B)
- L'abus d'alcool (A)
- La dépression chez la personne âgée de plus de 65 ans (B)
- Les troubles sensoriels (visuels et auditifs) (B)
- Les antécédents d'Accident Vasculaire Cérébral (B)

Facteurs précipitants ou causes de l'ECA

(surviennent au cours de l'hospitalisation) (II : 1.4.3)

- La médication ou les toxiques / l'intoxication ou le sevrage (A)
- Les infections (A)
- Les pathologies du SNC (B)
- Les troubles métaboliques et endocriniens (y compris troubles électrolytiques) (A)
- Les pathologies cardio-vasculaires ou respiratoires (B)
- Les causes environnementales et sensorielles (B)
- La douleur (B)
- L'utilisation de la contention physique (B) (aggravant)

INTERVENTIONS PREVENTIVES (II : 2)

Porter une attention particulière aux patients présentant des facteurs de risque

- Evaluer la fonction cognitive des patients lors de leur admission (MMSE) (A)
- Limiter le nombre de médicaments (cave: psychotropes, anticholinergiques, opioïdes) (C)
- Investiguer et au besoin traiter les troubles électrolytiques (B)
- Investiguer des risques de sevrage et le cas échéant les traiter (alcool, autres) (A)
- Assurer une bonne analgésie (B)
- Supplémenter en vitamines si besoin (B)
- Favoriser un bon sommeil (limiter les bruits et les lumières constantes) (A)
- Favoriser une bonne hydratation (A)
- Parler au patient, lui expliquer tout acte médical (B)
- Orienter le patient (espace, temps, identité, situation : communication, horloges, calendriers) (B)
- Favoriser un environnement familial (B)
- Limiter les changements (chambres, personnel soignant) (B)
- Veiller à la correction des troubles sensoriels (appareils auditifs, lunettes) (A)
- Favoriser l'occupation et la mobilisation du patient (A)
- Eviter la contention physique (A)

INSTRUMENTS POUR LE DEPISTAGE, LE DIAGNOSTIC ET LA COTATION DE LA SEVERITE (II : 3)

- **Evaluation à l'admission**
 - MMSE (C)
- **Diagnostic**
 - Critères DSM ou CIM-10 (B).
 - CAM (C)
- **Suivi**
 - TELECOM (BOMC) ou CAM (C).
- **Cotation de la sévérité**
 - DRS ou MDAS (C)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (II : 5.4)

- Démence
- Trouble schizophrénique
- Trouble de l'humeur (dépression ou manie avec caractéristiques psychotiques)

PRISE EN CHARGE DE L'ECA

GENERALE (NON PHARMACOLOGIQUE) : (III : 4)

- Orientation régulière du patient (B)
- Informations au patient et aux proches quant à la nature de l'état confusionnel (C)
- Impliquer les proches dans la prise en charge (C)
- Favoriser une bonne hydratation (A)
- Optimiser le sommeil (p.ex. environnement calme) (B)
- Remédier aux troubles visuels et auditifs (lunettes, appareils auditifs) (A)

CAUSALE (III : 1)

Causes potentielles (III : 2) :

- Infectieuses (p.ex. pneumonie) (A)
- Médicamenteuses (p.ex. médicaments avec effet anti-cholinergique) (A)
- Dues à un sevrage (A)
- Neurologiques (p.ex., AVC, hématome sous-dural, épilepsie) (A)
- Cardiaques (p.ex., infarctus, insuffisance cardiaque) (B)
- Respiratoires (p.ex., embolie pulmonaire, hypoxie) (B)
- Electrolytiques (p.ex., déshydratation, insuffisance rénale) (A)
- Endocriniennes et métaboliques (p.ex., cachexie, déficit en thiamine, dysfonction thyroïdienne) (A)
- Environnementales et sensorielles (B)

Identification des causes : (III : 3)

- **Anamnèse (B) : (III : 3.2)**
 - Générale
 - Médication (y compris l'automédication)
 - Consommation d'alcool ou d'autres substances
 - Antécédents de confusion aiguë ou chronique
 - Déficits sensoriels ou appareillages
 - Hétéro-anamnèse auprès de l'entourage
- **Status (III : 3.3)**
 - Status général
 - Examen neurologique (B)
 - Signes d'abus d'alcool ou de sevrage (B)
 - Etat nutritionnel (C)
- **Examens paracliniques: (III : 3.4)**
(A effectuer d'emblée)
 - Formule sanguine simple (FSS) (B)
 - Sodium, potassium et calcium (B)
 - Glycémie (C)
 - Fonction rénale (créatinine) (B)
 - Analyse d'urine (B)

D'autres examens peuvent être demandés en fonction des résultats de l'examen clinique

- Formule sanguine complète (FSC) (B)
 - Saturation en oxygène ou gazométrie (C)
 - Fonction hépatique (ASAT, ALAT, Bilirubine) (C)
-
- **Autres examens paracliniques : (C) (III: 3.5-3.7)**
(A effectuer si la situation clinique l'indique)
 - EEG
 - CT scan / IRM
 - Ponction lombaire (signes méningés et fièvre ou maux de tête) (B)

PHARMACOLOGIQUE (ADULTES) (III : 5)

Le traitement médicamenteux devrait être réservé aux situations suivantes :

- Agitation réfractaire aux mesures non médicamenteuses usuelles (B)
- Mise en danger de soi-même ou d'autrui (B)
- Anxiété chez un patient très agité ou souffrant d'hallucinations (B)
- ECA de type mixte ou hyperactif (C)
- Sédation en vue d'effectuer des investigations essentielles ou de prodiguer un traitement (C)

Premier choix :

Halopéridol (Haldol®) (B) (III : 5.3.3)

- Dose initiale : 1 mg p.o.
- Si aucune réponse clinique n'est enregistrée mais qu'il y a absence de troubles du comportement importants, augmentation après 4-6 heures.
- Dose maximale : 5 à 10 mg/j. (C)

En cas d'agitation

- Administration i.v. ou i.m. à des doses similaires.
- Adaptation de la posologie toutes les 30 minutes avec des doses croissantes jusqu'au contrôle de l'agitation (i.e. 30 min=2 mg, 60 min=4 mg, 90 min=6mg, etc.).
- Dose maximale : 30 mg/j. (C)

Premier choix en cas de sevrage aigu de l'alcool ou des benzodiazépines :

- Benzodiazépine

Alternatives :

- **Un neuroleptique atypique :**
 - Contre-indication à un antipsychotique de type classique
 - Effets indésirables dus à un antipsychotique de type classique (III : 5.3.4) (C)
 - **La rispéridone (Risperdal®) *** (dose initiale : 1 mg/j / dose max : 2 mg/j)
 - **La quétiapine (Seroquel®) *** (dose initiale : 50 mg/j / dose max : 100 mg/j) (C)
 - **La clozapine (Leponex®) *** (C)
- **Le chlométhiazole (Distaneurine®)**

*** CAVE: Chez la personne âgée, particulièrement chez les patients déments, ces médicaments peuvent être à l'origine de troubles cérébro-vasculaires**

Adjonction d'une benzodiazépine au traitement antipsychotique si (III : 5.4)

- Agitation non contrôlable par le traitement antipsychotique seul chez le patient adulte (18-65 ans) (C)
- Résistance ou faible tolérance à un antipsychotique de type classique (I)

Lorazépam

- Dose initiale : 1 mg (IV de préférence)
- Répéter la dose de 1 mg toutes les 30 minutes si la situation clinique l'exige
- Dose maximale : 10 mg/j

Le dosage des médicaments doit être fonction de la réponse clinique et doit être adapté au cas par cas. Chez les personnes âgées (plus de 65 ans), les mêmes recommandations sont applicables en divisant les dosages par deux (C).

REMARQUES (III : 5.11.6)

- L'ECG des patients traités par antipsychotiques et à risque de dysrythmie doit être documenté (B)
- Les benzodiazépines en monothérapie doivent uniquement être utilisées en cas d'ECA sur sevrage alcoolique ou sevrage des sédatifs-hypnotiques. (B)
- Une substitution vitaminique devrait être instaurée chez les patients pour qui il existe la possibilité de déficit en vitamine B (alcooliques et/ou sous-alimentés) (B)

INDICATIONS A UNE CONSULTATION SPECIALISEE (III : 6) **[psychiatrie de liaison (adulte/âge avancé), gériatrie]**

- ECA réfractaire au traitement entrepris (C)
- Agitation importante posant la question d'une contention physique (C)
- Doutes sur la prise en charge (C)
- Demande d'hospitalisation en psychiatrie (C) (NB : l'ECA, du fait de son étiologie somatique, devrait en principe être traité à l'hôpital général).

USAGE DE LA CONTENTION PHYSIQUE (III : 7)

- UNIQUEMENT si risque de geste auto- ou hétéro-agressif ou impossibilité de prodiguer un traitement crucial.
- Documenter régulièrement la contention dans le dossier du patient
- Un protocole pour l'usage de la contention au CHUV est disponible sur l'intranet : http://hcom.hospvd.ch:8003/intranet-docs/di/dim/dim_proc_mesures_contrainte.pdf

SORTIE DE L'HOPITAL (III : 6.3)

- Coordonner les soins
- Signaler le diagnostic d'état confusionnel survenu lors de l'hospitalisation dans le résumé de séjour adressé au médecin traitant.