

Etat confusionnel aigu

# L'hétéro-anamnèse au cœur des décisions

L'état confusionnel aigu, dont nous parlerons en terme de délirium dans cet article, est un syndrome caractérisé par une perturbation aiguë et – au moins partiellement – réversible de l'état de vigilance, à début abrupt et d'évolution fluctuante. Le signe cardinal est un déficit de l'attention, qui provoque des troubles cognitifs et, souvent, des manifestations comportementales alarmantes (1). Le but de cet article est de fournir quelques éléments pratiques susceptibles de faciliter son diagnostic et sa prise en charge.

Selon les études, 10 à 33% des patients de plus de 65 ans sont admis en milieu hospitalier avec un délirium. De plus, 15 à 53% des patients âgés opérés, 70 à 87% de ceux admis aux soins intensifs, et jusqu'à 30% de ceux hospitalisés en médecine interne vont développer ce syndrome durant leur séjour hospitalier. Le délirium n'est pas seulement important en raison de sa fréquence, mais aussi à cause de ses conséquences à court et moyen termes, en particulier un risque accru de mortalité (OR 2,1 ; 95% CI 1,1–4,0) (2) et d'institutionnalisation (OR 3,0 ; 95% CI 1,4, 6,2) (2). Malgré ces répercussions importantes, il est encore trop souvent méconnu, diagnostiqué dans 16% des cas seulement dans certaines études aux urgences (3). Ce syndrome nous met souvent en difficulté en raison de la variation des présentations cliniques, de signes et symptômes parfois discrets, et de l'intrication de sa symptomatologie cognitive avec celle des pathologies démentielles.

## Reconnaître l'état confusionnel aigu

**Les facteurs de risque.** Certains patients sont plus à risque de présenter un délirium. Le tableau 1 liste les facteurs prédisposant principaux. Le plus important d'entre eux est la présence de troubles cognitifs sous-jacents, qui à lui seul multiplie par 6 à 9 le risque de développer un délirium en cas d'hospitalisation (4). Ces patients doivent être identifiés sur la base des facteurs prédispo-

sant car ils devraient systématiquement bénéficier de mesures de prévention spécifiques (cf. infra).

**Outil diagnostic.** Le Confusion Assessment Method (CAM) est un outil permettant pratiquement le diagnostic d'un délirium en raison de ses excellentes sensibilité (91–94%) et spécificité (90–100%) (5) (tab. 2). Le dépistage est considéré positif si les items 1 et 2 sont présents, accompagnés des items 3 et/ou 4.

Les éléments du CAM se rapportent principalement au status, excepté la notion de l'installation aiguë du trouble (item 1) qui appartient à l'anamnèse. Cette information est capitale car elle fait référence à la nature même du délirium qui est une affection aiguë, et non chronique. C'est souvent l'absence d'information sur le mode d'apparition qui fait manquer le diagnostic, les troubles étant encore trop souvent attribués « à l'âge » ou à un syndrome démentiel déjà connu. L'hétéro-anamnèse doit donc être faite systématiquement.

**Présentations cliniques.** Le délirium peut se manifester sous trois formes : hyperactive, hypo-active et mixte. La forme hyperactive passe rarement inaperçue (hyper-vigilance, agitation psychomotrice, agressivité, etc.) et de ce fait a un meilleur pronostic que la forme hypo-active (passivité, léthargie, ralentissement psycho-



Dr méd. Annelore Sautebin  
Lausanne



Prof. Dr méd. Christophe Büla  
Lausanne

TAB. 1 Facteurs prédisposant pour l'état confusionnel aigu	
Domaines concernés	Exemples
Démographie	Age
Cognition	Démence, antécédent de délirium, troubles dépressifs
Status fonctionnel	Dépendance fonctionnelle, immobilisation
Désafférentation sensorielle	Malvoyance, hypoacousie
Pathologie intra-crânienne pré-existante	Antécédent d'AVC, métastases
Médicaments	Polymédication, psychotropes, anti-cholinergiques
Toxique	Alcool

TAB. 2 The Confusion Assessment Method (CAM)	
Points du CAM	Symptômes et signes
1. Début brutal	Hétéro-anamnèse : l'état cognitif actuel est-il l'état habituel du patient ? En combien de temps les troubles actuels se sont-ils installés ?
Fluctuation	Au cours de l'entretien ou cours de journée, les performances du patient sont-elles toujours équivalentes (vigilance, focus, organisation pensée, parole, activités spontanées, etc.) ?
2. Attention	Difficultés à garder le focus sur un sujet, distractibilité importante, perd le fil. Faire dire les mois de l'année à l'envers, compter de 20 à 1.
3. Désorganisation de la pensée	Discours incohérent, saut du coq à l'âne
4. Troubles de la vigilance	Hyperactivité motrice, agitation, agressivité. Ralentissement psychomoteur, somnolence, passivité.

moteur), moins floride. Or, cette forme hypo-active devient plus fréquente avec l'avancée en âge. Le CAM et l'hétéro-anamnèse sont très utiles pour mettre en évidence ces signes et symptômes « négatifs ». La forme mixte est une alternance entre l'hyperactivité et l'hypoactivité. Une de ses caractéristiques est l'inversion du rythme nyctéméral.

**Confusion... avec la démence.** Il existe des relations intriquées entre délirium et démence : le délirium signale souvent une pathologie démentielle sous-jacente encore inconnue, tandis que la présence d'une démence multiplie les risques de délirium. Au plan clinique, leurs points communs sont les troubles cognitifs et du comportement. L'élément capital pour les distinguer est le mode d'installation des troubles, aigu dans le délirium alors qu'il est insidieux dans la plupart des démences, ainsi que le type de déficit principal, l'attention dans le délirium, alors que d'autres domaines cognitifs sont atteints dans les démences. Un phénomène propre à la démence qui peut induire en erreur en raison de sa fluctuation (au cours de la journée) est le « sundowning ». Il s'agit de troubles du comportement d'apparition vespérale. Ces troubles se présentent en général toujours de la même manière et respectent un horaire. L'hétéro-anamnèse permet de préciser ces caractéristiques.

**Prendre en charge l'état confusionnel aigu**

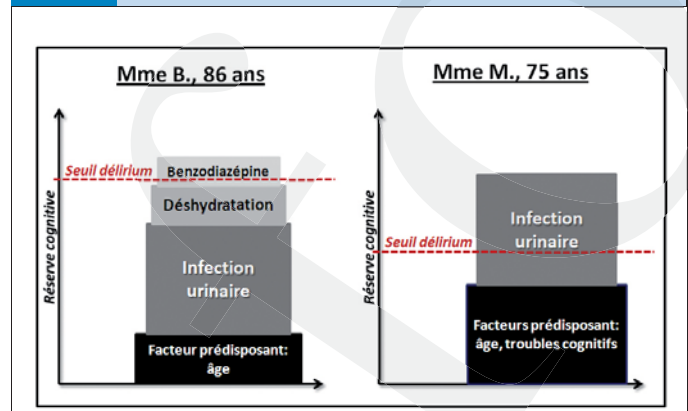
**Identifier les facteurs précipitants.** Chez les personnes âgées, l'origine d'un délirium est le plus souvent multifactorielle (6). Toute pathologie médicale ou chirurgicale peut être à son origine. Le délirium est souvent la seule manifestation de la ou des pathologies sous-jacentes, et l'anamnèse auprès du patient peut se révéler non contributive. L'hétéro-anamnèse est par contre primordiale car elle permet souvent de reconstruire une séquence d'évènements ou de signes qui aident à orienter vers un/des diagnostic(s) (tab. 4).

L'apparition du délirium résulte de la conjonction entre vulnérabilité du patient, liée à ses facteurs prédisposant (tab. 1) et son exposition à des facteurs précipitants. De ce fait, un patient très vulnérable (présence d'une démence par exemple) peut développer un délirium suite à un évènement à priori mineur, comme, par exemple, une coprostase. A l'opposé, un patient non ou moins vulnérable, ne présentera un délirium que si exposé à des stressors majeurs, comme par exemple, une intervention chirurgicale. La figure 1 illustre cette variabilité du risque de développer un déli-

**TAB. 4 Facteurs prédisposant pour l'état confusionnel aigu**

Eléments importants de l'hétéro-anamnèse lors d'un délirium		
Domaines	Exemples	Implications
Etat cognitif antérieur	Sévérité d'un syndrome démentiel antérieur, répercussion dans les AVQ*. Absence troubles cognitifs antérieurs	Permet de confirmer/infirmer l'ECA. La péjoration de l'état cognitif est-elle imputable aux étiologies découvertes (congruence) ?
Circonstances d'apparition du délirium	Chute qui précède ou qui suit un ECA	Orienté vers un déclencheur
Cinétique d'apparition du délirium	Apparition sur quelques minutes vs. heures vs. jours	L'aspect temporel aide à orienter vers un déclencheur. Ex : embolie pulmonaire vs. foyer infectieux vs. déshydratation
Médicaments	Nouveaux médicaments, arrêt soudain d'un médicament (sevrage), médicament sans ordonnance	Rechercher effets secondaires de ces médicaments (troubles du rythme pour certains psychotropes par ex.), donner le médicament en cas de sevrage (benzodiazépine, donépézil, par ex.)
Toxiques	Alcool (surdosage, sevrage)	Substitution en cas de sevrage

**FIG. 1 Variation du risque de délirium en présence du même facteur précipitant aigu (infection urinaire)\***



\* chez 2 patientes présentant des facteurs prédisposants différents

rium chez deux patientes présentant une même pathologie aiguë (infection urinaire) mais dont les facteurs prédisposant diffèrent. Les facteurs prédisposant devraient donc être systématiquement recherchés lors de l'hétéro-anamnèse, en particulier la présence de troubles cognitifs sous-jacents, peut-être encore non diagnostiqués (tab. 4).

L'examen physique est également très important. Hormis l'examen standard, il convient de rechercher certains signes spécifiques (tab. 5).

Les examens complémentaires initiaux devraient comprendre un bilan biologique (incluant une calcémie corrigée), une bandelette urinaire, un cliché thoracique et un ECG.

**TAB. 5 L'examen clinique ciblé pour le délirium**

Rechercher un globe vésical (Bladder-scan®, US si disponible)
Toucher rectal à la recherche d'un fécalome
Examen attentif de la peau : hématomes (signant des chutes), zona, herpès y compris dans le canal auditif externe (encéphalite)
Rechercher mouvements anormaux (myoclonies : intoxication opiacés)
Faire marcher le patient (détecter asymétrie grossière qui peut échapper lors du status neurologique)

Les facteurs précipitants sont majoritairement d'origine extra-cérébrale. Néanmoins, une partie des déliria sont dus à des pathologies du système nerveux central. Le délirium peut rendre l'examen neurologique moins aisé et altérer les signes neurologiques. Des éléments cliniques tels qu'un déficit neurologique focal, des antécédents épileptiques, l'apparition du délirium en quelques minutes, des découvertes somatiques non congruentes à la sévérité de l'état du patient et un délirium d'origine indéterminée devraient faire rechercher une origine neurologique et motiver des examens complémentaires supplémentaires (neuro-imagerie, ponction lombaire, EEG, consultation neurologique).

Grossièrement, on peut catégoriser les origines du délirium en causes :

- ▶ **Neurologiques primaires** : AVC, hématome sous-dural, méningite, encéphalite, etc. ;
- ▶ **Systémiques** : infections, insuffisances hépatique et rénale, troubles métaboliques (hypoglycémie, hypercalcémie, hyponatrémie, etc.), troubles hypoxémiques (insuffisance cardiaque, respiratoire, embolie pulmonaire, hémorragies, etc.) ;
- ▶ **Toxiques** : alcool, médicaments (psychotropes, anti-cholinergiques, etc.), drogues, autres toxiques ;
- ▶ **Sur sevrage** : alcool, benzodiazépines, etc.

**Traiter les facteurs précipitants.** La prise en charge du délirium comporte obligatoirement le traitement des facteurs précipitants. De plus, les traitements instaurés, notamment médicamenteux et invasifs, peuvent également entretenir voire péjorer le délirium. Il faut donc s'assurer que les mesures thérapeutiques envisagées ne sont pas confusogènes, comme par exemple l'usage de médicaments inappropriés (surdosage d'opiacés, benzodiazépines, médication à profil anti-cholinergique) ou la mise en place de cathéters (intraveineux, urinaire, sonde naso-gastrique). Il est indispensable de pondérer les risques et bénéfices des traitements, non pas uniquement en terme de guérison mais en tenant compte du risque intrinsèque des traitements d'aggraver/entretenir le délirium.

**Traitement en cas d'agitation.** La prise en charge est prioritairement non-pharmacologique (ré-orientation, attitude rassurante, etc.), les traitements pharmacologiques utilisés (psychotropes de type neuroleptique le plus souvent) pouvant aggraver la symptomatologie. Ils ne doivent donc être administrés que si le patient se met en danger (par exemple arrache voie i.v. nécessaire pour un traitement antibiotique, risque de chute) ou met en danger les soignants/proches (ex : agression physique). La médication de choix est l'halopéridol, à dose initiale de 0,5 mg 2 à 3 fois/jour, à titrer selon la réponse thérapeutique. La voie d'administration est de préférence orale, voire sous-cutanée ou intra-musculaire aux mêmes dosages. Les contre-indications à son utilisation (principalement le syndrome extrapyramidal) justifient l'usage de neuroleptiques atypiques, tels que la quétiapine, à dose de 12,5 à 25 mg 2 à 3 fois /jour.

**Les suites du délirium.** La durée du délirium varie grandement et peut s'étendre jusqu'à des semaines, voire des mois (8). Sa résolution n'est pas simultanée à celle des facteurs précipitants. Les patients non connus pour des troubles cognitifs et qui ont présenté un délirium devraient bénéficier d'une évaluation cognitive dans l'année qui suit car le délirium signale souvent une atteinte cognitive sous-jacente méconnue. Plusieurs études ont montré que, lorsqu'ils sont réévalués dans l'année suivant un délirium, 20 à 50% de ces patients se qualifient alors pour un diagnostic de syndrome démentiel.

## Prévenir l'état confusionnel aigu

Les conséquences graves évoquées plus haut ont suscité un intérêt pour la prévention du délirium. La première étape est d'identifier les patients à haut risque, sur la base des facteurs prédisposants : démence, AVC, dépression, âge, déficits sensoriels (audition et vision).

Les mesures de prévention permettent de diminuer de 30 à 40% le risque de développer un délirium (6,7). Ces mesures se déclinent sur deux axes principaux :

- ▶ **Optimaliser les soins de base** : il s'agit de maintenir l'hydratation, l'apport nutritionnel, l'élimination (transit et urine), et la mobilisation ;
- ▶ **Réduire les stressseurs cognitifs** : il s'agit d'assurer l'orientation spatio-temporelle, d'optimiser l'afférentation sensorielle (lunettes et appareils auditifs), d'éviter l'usage de psychotropes tout en prévenant la privation de sommeil par une approche non-pharmacologique.

Ces mesures s'avèrent également utiles lorsque le délirium est présent, afin d'éviter certaines complications (par exemple chute, fausse-route, escarre, dénutrition, déshydratation, etc.), qui peuvent à leur tour l'entretenir. Il est également important d'éviter la contention mécanique car elle peut à la fois provoquer un délirium et l'aggraver.

Finalement, tout patient ayant présenté un délirium doit être considéré à risque dans le futur et bénéficier de ces mesures.

## Conclusion

L'état confusionnel aigu est un syndrome très fréquent chez les personnes âgées, en particulier en milieu institutionnel. Les conséquences fonctionnelles et cognitives, ainsi que sur le pronostic vital, justifient d'avoir en permanence un haut degré de suspicion diagnostique, et d'instaurer systématiquement des mesures préventives chez les patients à risque.

### Dr méd. Annelore Sautebin

Service de Gériatrie et réadaptation gériatrique , CHUV  
CUTR Sylvana  
10, ch de Sylvana, 1066 Epalinges  
Annelore.Sautebin@chuv.ch

### Prof. Dr méd. Christophe Büla

Service de Gériatrie et réadaptation gériatrique , CHUV  
CUTR Sylvana  
10, ch de Sylvana, 1066 Epalinges  
Christophe.Bula@chuv.ch

### Message à retenir

- ◆ Le délirium est fréquent chez les patients âgés et devrait être systématiquement recherché.
- ◆ Une hétéro-anamnèse bien menée permet de confirmer le diagnostic, de préciser les facteurs prédisposant pré-existant et d'affiner une hypothèse diagnostique concernant le(s) facteur(s) précipitant(s).
- ◆ Des mesures simples permettent de prévenir l'apparition du délirium.

---

**Références :**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. 4th ed. Washington (DC) : American Psychiatric Association , 2000.
2. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes ? A three-site epidemiologic study. J Gen Intern Med 1998 ;13 :234-42.\*
3. Hustey FM, Meldon SW, Smith Md et al. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. Annals of Emergency Medicine. 41 :5. May 2003.
4. Gross AJ, Jones RN, Habtemariam DA et al. Delirium and long-term cognitive trajectory among persons with dementia. Arch Intern Med. August 20, 2012.\*
5. Inouye SK, Can Dyck CH, Alessi CA et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med.1990; 113:941-948
6. Inouye SK. Delirium in older persons.. N Engl J Med 354 ;11. March 16, 2006.\*\*
7. Rubin FH, Neal K, Fenlon K et al. Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. JAGS 59 :359-365,2011.
8. Kiely DK, Marcantonio ER, Inouye SK et al. Persistent delirium predicts greater mortality. JAGS 57 :55-61,2009.