

JLAR, 28 mars 2008

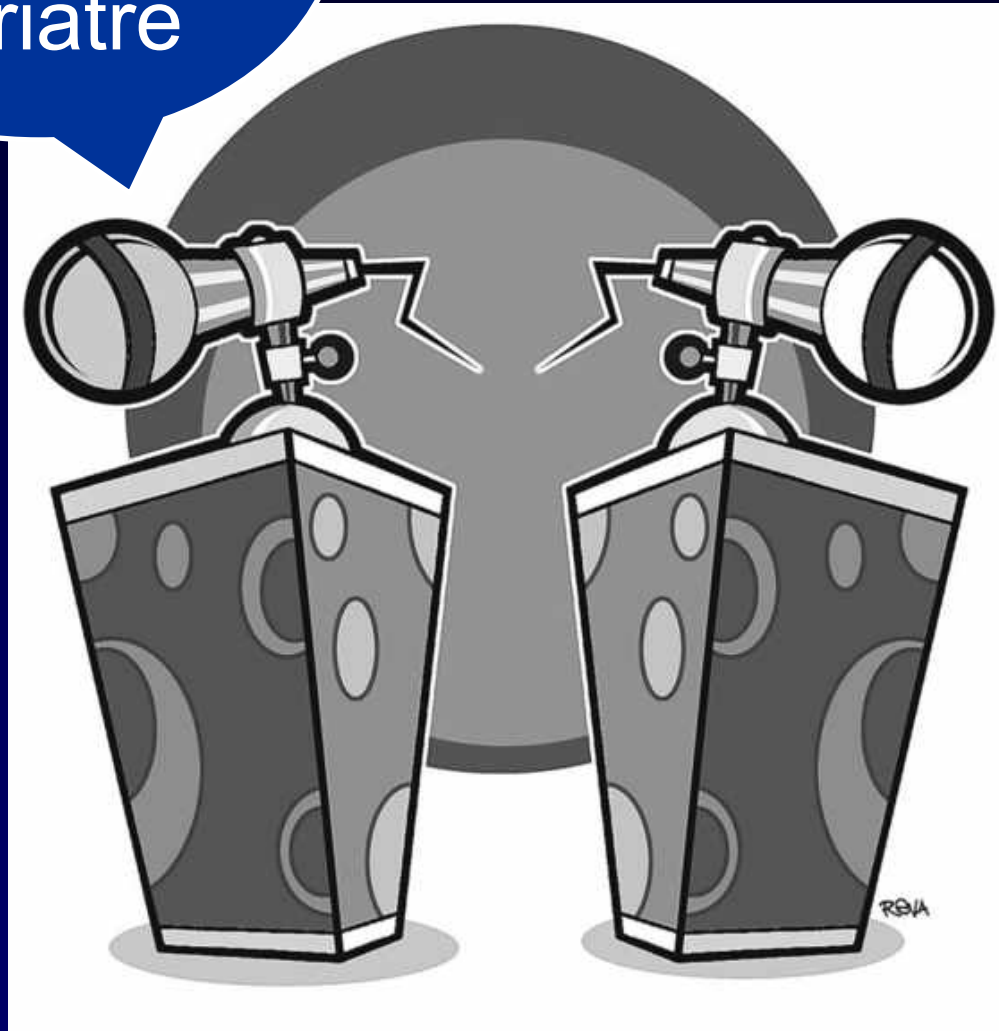
Syndrome confusionnel de la personne âgée aux urgences

François PUISIEUX
Hôpital gériatrique les Bateliers
CHRU de LILLE

Julia
Kantner
991

Le point
de vue du
gériatre

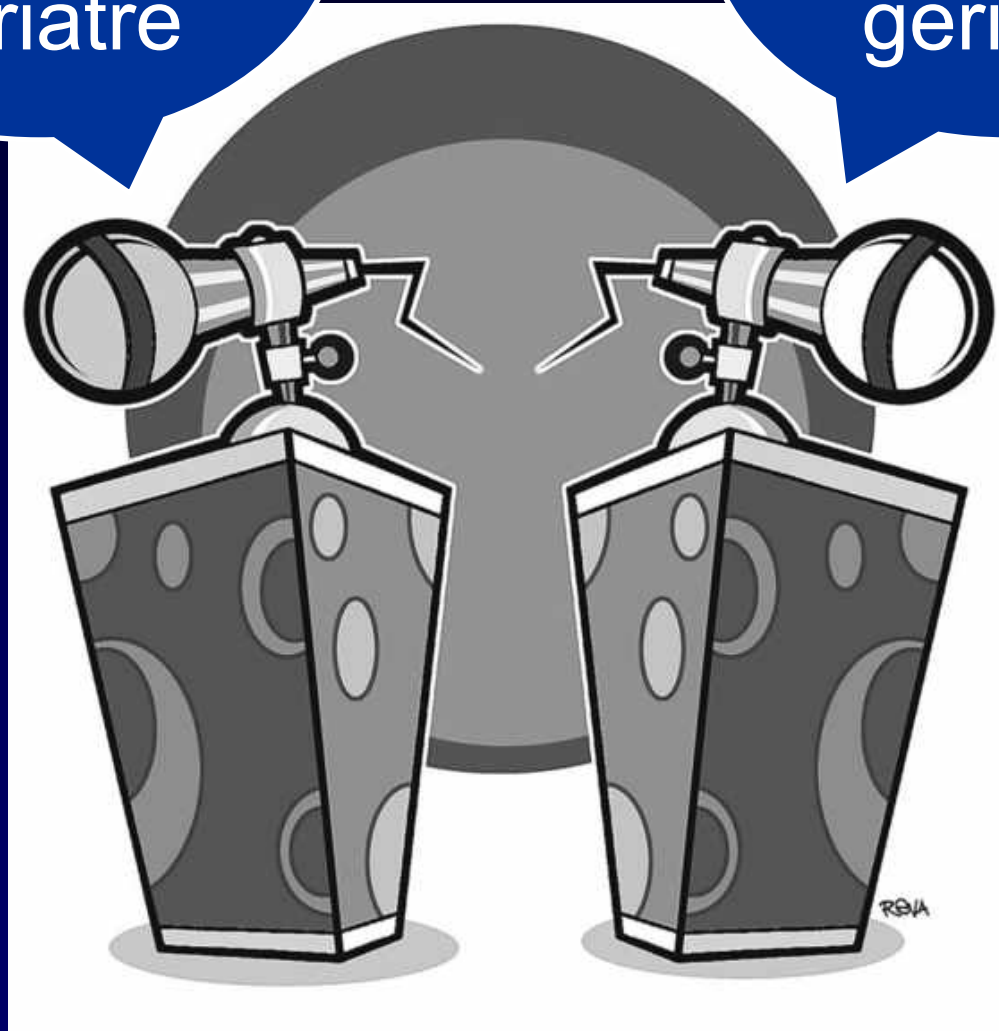
et



Le point
de vue du
gériatre

et

Le point
de vue du
gériatre



Syndrome confusionnel

- **Décompensation cérébrale aiguë**
- => altération globale, fluctuante et réversible des fonctions cognitives
- **Urgence gériatrique**



Syndrome confusionnel

4 signes cardinaux :

- ✓ Troubles de la vigilance et de l'attention
- ✓ Altération du rythme veille-sommeil
- ✓ Début brutal
- ✓ Fluctuation dans le temps

Signes associés

- **Désorganisation & fragmentation de la pensée**
 - Perte de la cohérence & de la logique
 - Avec pfs persévérations idéiques ou gestuelles
 - Ou encore un délire (persécution ou préjudice)
- **Tb mnésiques touchant MCT & MLT**
 - Déficit de l'encodage (et du stockage) du fait des tb attentionnels
 - Difficultés d'évocation des souvenirs
 - DTS
- **Anomalies des perceptions**
 - Activité onirique parfois intense
 - Hallucinations (+ rares chez SA sauf DCLD, sevrage BZD ou alcool, prise récente mdcmt anticholinergique)
- **Perturbations psychocomportementales fréquentes & variées:**
 - anxiété +++ (véritable moteur du Sd C.),
 - Mais aussi : irritabilité, agitation, agressivité, déambulation, SF dépressifs, apathie
 - Perturbations psychomotrices : hypoactivité ou hyperactivité

Signes associés

- **Signes de dysfonctionnement du SNA**
 - Pâleur ou bouffées vasomotrices
 - Mydriase ou myosis
 - Tachycardie ou bradycardie
 - Hypotension ou hypertension
 - Fièvre ou hypothermie
 - Tb digestifs
- **Autres signes de l'examen neurologique**
 - Fasciculations
 - Hyper-réflexie
 - Tremblements
 - Ataxie
 - Astérixis

Diagnostic d'un syndrome confusionnel (critères du DSM IV)

- A. Début aigu
- B. Evolution fluctuante
- C. Troubles de l'attention
- D. Niveau de conscience altéré
- E. Désorganisation de la pensée
- F. Au moins 2 des signes suivants :
 1. Altération de la vigilance
 2. Troubles de la perception
 3. Perturbation du cycle veille-sommeil
 4. Activité psycho-motrice augmentée ou diminuée
 5. Désorientation spatio-temporelle
 6. Troubles de la mémoire
- G. Enquête étiologique (+) ou absence de signes de démence chronique.

Diagnostic différentiel démence – syndrome confusionnel

Délirium	Démence
<ul style="list-style-type: none">- Début brutal- Date de début est connue- Habituellement réversible- Durée en heures, jours- Fluctuations (min, h)- Niveau de conscience est anormal- Pr esque toujours des problèmes nocturnes- Désorientation variable- Hallucinations fréquentes	<ul style="list-style-type: none">- Début insidieux- Date de début peu précise- Evolution progressive- Durée en années- Bons ou mauvais jours- Niveau de conscience est normal- Souvent problèmes nocturnes- Désorientation S-T- Hallucinations rares

Mais la **coexistence** démence –
confusion est fréquente

La confusion = un problème fréquent notamment aux urgences

- Patients de 65 ans et plus hospitalisés: 15% à 25%
 - En médecine: 14% à 53%
 - En chirurgie: 14% à 52%
 - Aux urgences: 7% à 30%
 - En réanimation 70% à 87%
- Rockwood, *J. Am. Geriatr. Soc.* 1989;37, 150–154.
- Pompei et al., *Arch. Intern. Med.* 1995;155, 301–307.
- Elie et al., *Can. Med. Assoc. J.* 2000;163, 977–981.
- Hustey and Meldon, *Ann. Emerg. Med.* 2002;139, 248–253.
- Inouye et al. *Clin Geriatr Med* 1998;14:745-64.

La confusion = un problème grave

- Confusion postopératoire →
 - ↑ mortalité intrahospitalière
 - ↑ mortalité à 1 an
 - ↑ morbidité postopératoire: chutes ++
 - ↑ risque de dépendance à 6 mois
 - prolongation d'hospitalisation
 - ↑ coûts
 - ↑ risque d'entrée en institution
 - Lipowski N. *Engl. J. Med.* 1989
 - Inouye S N. *Engl. J. Med.* 2006

Syndrome confusionnel précurseur d'une démence

Rahkonen T et al., *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;69:519-21.

- 51 cas sans démence connue, ni maladie sévère 82 ans +/- 5
- Adm. SAU pour confusion : suivis 2 ans.
- Après résolution confusion :
- 14 (27%) diag de démence immédiat puis
- 14 (27%) dans les 2 ans
- **28 (54%) de déments au total** (14 MA, 10 DV et 2 DCL)

Physiopathologie incertaine

- Absence de lésion organique cérébrale spécifique
 - EEG : s. corticaux diffus (ralentissement de l'activité de fond alpha)
 - Etudes neuropsychologiques et imagerie fonctionnelle dysfonctionnement cortex préfrontal, thalamus, structures sous-corticales,surtout hémisphère non-dominant
- Hypothèse pathogénique
 - Déficit du système cholinergique
 - Autres tb de la neurotransmission (syst dopa- & gabaergique surtout)
 - Mais aussi : hormones (cortisol,...), cytokines (IL-1, IL-6, TNF α , interféron)

Sous-diagnostic de la confusion aux urgences

The prevalence of delirium and cognitive impairment, as reported by physicians in the ED: summary of studies

Source	Country	Number of patients	% of delirium in ED	% recognition by ED physicians
Prospective studies				
Johnson et al. (1992)	USA	235	20	9
Lewis et al. (1995)	USA	385	10	17
Naughton et al. (1995)	USA	188	24	–
Elie et al. (2000)	Canada	447	9.6	35.3
Hustey et al. (2000)	USA	180	12	21.7
Hustey and Meldon (2002)	USA	297	10	17
Hustey et al. (2003)	USA	271	7	16
Kakuma et al. (2003)	Canada	268	8.4	–
Present retrospective study	Israel	319	0	0

Pourquoi ce sous-diagnostic ?

Urgences = ni le temps ni le lieu pour une évaluation cognitive ?

Ignorance ou sous-estimation du problème (considéré comme non essentiel pour la prise en charge) ?

- Mais une première évaluation cognitive “de débrouillage” ne prend pas nécessairement beaucoup de temps:
 - MMS (5 à 10 min)
 - Autres tests validés dans le contexte des urgences:
 - Mini-Cog: rappel libre différé des 3 mots = horloge
 - Wilber ST, al *Acad Emerg Med* 2005;12:612–616
 - Quick Confusion Scale (QCS): 6 items – 3 min.
 - Stair TO, et al *Intern Emerg Med* 2007;2:130–132
 - Six-Item Screener (SIS): 6 items – 3 items
 - Wilber ST, al *Acad Emerg Med* 2005;12:612–616

Confusion Assessment Method

Inouyie et al. *Ann Intern Med* 1990; *J Am Geriatr Soc* 2006

Basé sur les facteurs
clefs du diagnostic:

- 1 Début aigu et 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%



Confusion Assessment Method

Outil validé dans le cadre des urgences

- Hustey FM, Meldon SW, Smith MD, Lex CK. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2003 May;41(5):678-84.
- LinksKakuma R, du Fort GG, Arsenault L, Perrault A, Platt RW, Monette J, Moride Y, Wolfson C. Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Apr;51(4):443-50.
- Related Articles, LinksHustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2002 Mar;39(3):248-53.
- Related Articles, LinksMcCusker J, Cole M, Dendukuri N, Belzile E, Primeau F. Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *CMAJ*. 2001 Sep 4;165(5):575-83.
- Fabbri RM, Moreira MA, Garrido R, Almeida OP. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001 Jun;59(2-A):175-9.
- Milisen K, Foreman MD, Abraham IL, De Geest S, Godderis J, Vandermeulen E, Fischler B, Delooz HH, Spiessens B, Broos PL. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc*. 2001 May;49(5):523-32.
- Monette J, Galbaud du Fort G, Fung SH, Massoud F, Moride Y, Arsenault L, Afilalo M.
- Evaluation of the Confusion Assessment Method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001 Jan-Feb;23(1):20-5.

- 1) 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) 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) 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) De façon générale, comment classez-vous le **niveau de conscience** de votre patient ? Parfaitement alerte (normal)
Vigilant mais avec des troubles (Hypervigilant) : OUI
Léthargique : OUI Stuporeux : OUI Comateux : OUI

Confusion = syndrome gériatrique

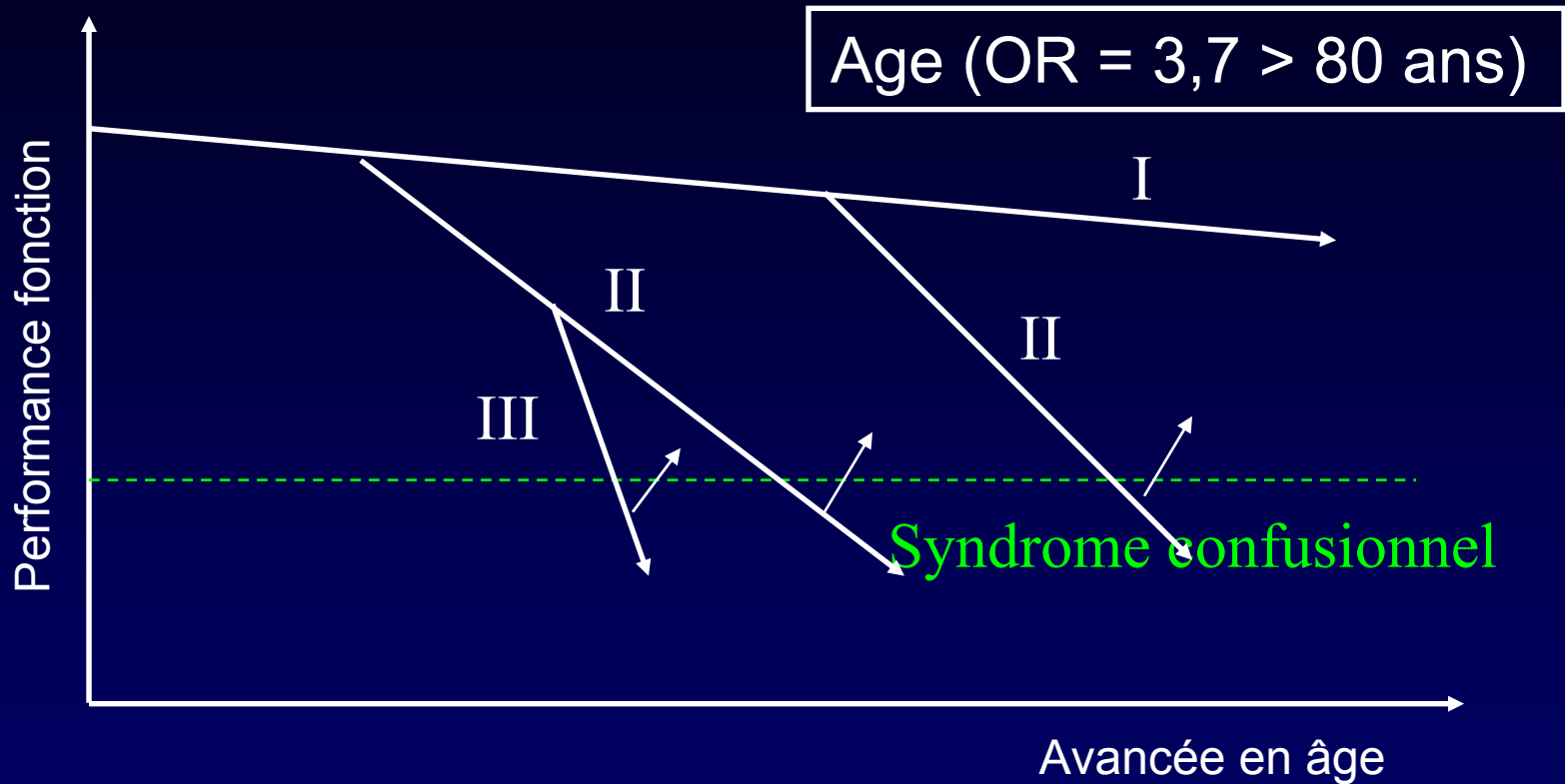


Schéma I+II+III de Bouchon

I = âge; II = facteurs prédisposants; III = facteurs précipitants

Facteurs prédisposants

- Age (OR = 3,7 > 80 ans)
- Sexe masculin
- Déficit cognitif sous-jacent, démence
 - Maladie d'Alzheimer
 - Maladie à Corps de Lewy Diffus
 - Démence vasculaire
- Déclin fonctionnel
- Histoire de chutes
- Alcoolisme chronique
- Vie en institution
- Co-morbidité lourde
- Dépression
- Maladie de Parkinson et ses Ttt
- Désafférentation sensorielle
- Déshydratation, malnutrition
- Polymédication
- Troubles du sommeil

Facteurs précipitants d'un syndrome confusionnel

- **Infections** (broncho-pulmonaires et urinaires notamment).
- **Troubles métaboliques** : hypo ou hypernatrémie, hypercalcémie, hypo ou hyperglycémie, insuffisance rénale.
- **Troubles cardiovasculaires** : insuffisance cardiaque, troubles du rythme, infarctus du myocarde et embolie pulmonaire.
- **Douleur aiguë, syndromes rétentionnels** (rétention aiguë d'urine et fécalome).
- **Affections neurologiques** : lésions expansives, accident vasculaire cérébral, épilepsie.
- **Dérèglements endocriniens** : dysthyroïdies, hyperparathyroïdie.
- **Facteurs iatrogènes** médicamenteux sans oublier un syndrome de sevrage aux benzodiazépines et apparentés.
- **Facteurs psychologiques** : deuil, changement du cadre de vie (hospitalisation, intervention chirurgicale). En institution : refus, période d'adaptation, difficultés de voisinage, rejet par les autres résidents, mésentente avec le personnel...

Facteurs prédisposants et précipitants

Méta-analyse Elie et al. ⁵ ; Inouye 1993 ⁵	Odds ratio combiné
Démence	5,2
<i>Affection médicale aiguë</i>	<i>3,8</i>
<i>Médicaments (dont anesthésiques)</i>	<i>1,5</i>
Sexe masculin	1,9
Dépression	1,9
Ethylisme	3,3
<i>Natrémie anormale, déshydratation</i>	<i>2,2</i>
Déficit auditif	1,9
Déficit visuel	1,7
Autonomie réduite	2,5
<i>Contention physique</i>	<i>4,4</i>
Malnutrition	4
Plus de 3 médicaments	2,9
<i>Sonde vésicale</i>	<i>2,4</i>
Immobilisation	
Troubles du sommeil	

Médicaments susceptibles d'induire un état confusionnel

Les anticholinergiques

Antidépresseurs

Antiparkinsoniens

Antipsychotiques

Spasmolytiques vésicaux

Les benzodiazépines

Les médicaments

cardio-vasculaires

Hypotenseurs

Diurétiques

Beta-bloquant

Digitaliques

Les Anti-H2

Les antalgiques

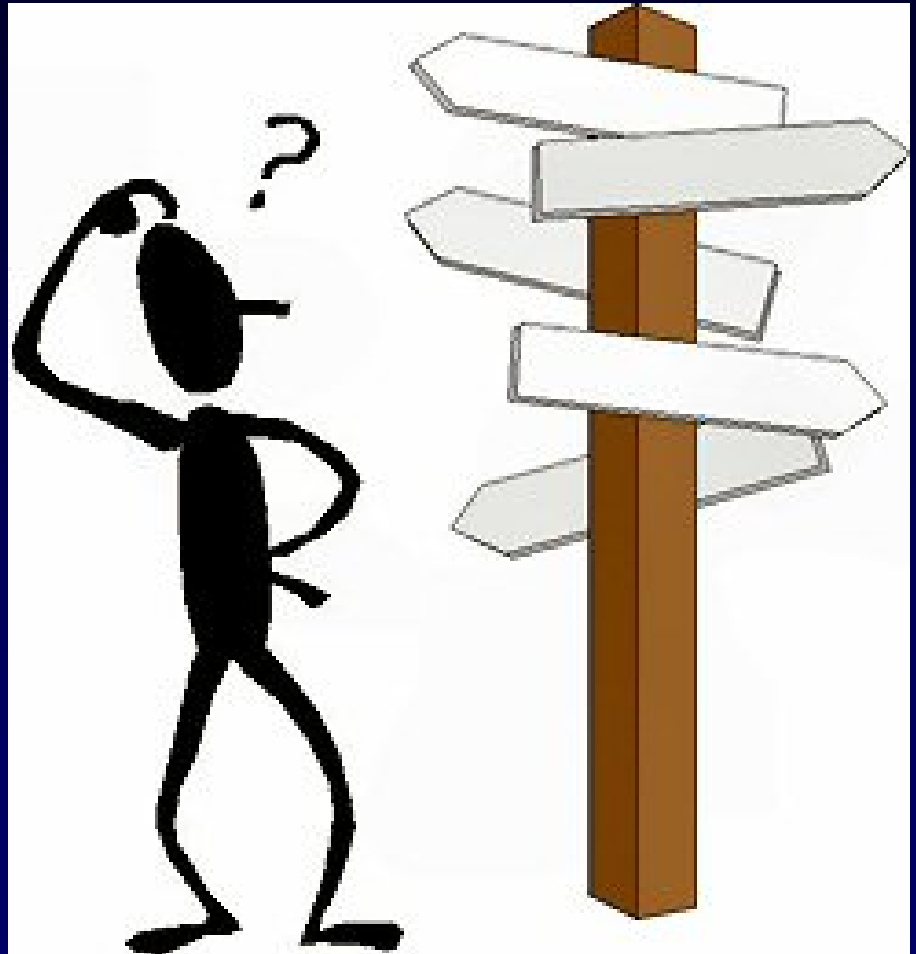
Morphiniques

AINS,

Les corticoïdes

Enquête étiologique

- Attention « un train peut en cacher 2 autres »
- Enquête fondée sur:
 - L'anamnèse +++
 - L'examen clinique complet ++
 - Des examens complémentaires en fonction des données précédentes



Les examens complémentaires

- Examens de première intention :
 - Ionogramme sanguin, calcémie, glycémie, urée et créatinine sérique.
 - Numération formule sanguine et vitesse de sédimentation.
 - TSH, folates et vitamine B12.
 - Electrocardiogramme.
 - Examen cytobactériologique des urines.
- En seconde intention ou en fonction de signes anamnestiques ou cliniques d'orientation :
 - Radiographie pulmonaire.
 - Gazométrie sanguine, enzymes cardiaques, tests hépatiques.
 - Ponction lombaire, E.E.G., scanner cérébral.
 - Accessoirement : Sérologie HIV et sérologie syphilitique.

Conduite à tenir devant un syndrome confusionnel

- Traiter les facteurs déclenchants.
- Rassurer le patient et son entourage.
- Placer le sujet dans une ambiance calme en évitant la contention.
- Pallier les déficits neurosensoriels (port de lunettes, de prothèse auditive).
- Prévenir les complications: déshydratation, dénutrition et complications du décubitus.

Conduite à tenir devant un syndrome confusionnel

- Les psychotropes ne représentent en aucun cas un traitement curatif du syndrome confusionnel.
- S'il est parfois nécessaire de les utiliser, l'indication doit être ponctuelle, les doses initiales étant faibles et réévaluées quotidiennement.

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, 4–6 hr) 0.5–1.0 mg intramuscularly; observe after 30–60 min and repeat if needed (peak effect, 20–40 min)	Extrapyramidal symptoms, especially if dose is >3 mg per day Prolonged corrected QT interval on electrocardiogram Avoid in patients with withdrawal syndrome, hepatic insufficiency, neuroleptic malignant syndrome	Usually agent of choice Effectiveness demonstrated in randomized, controlled trials ^{20,37} 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 25 mg twice daily	Extrapyramidal effects equivalent to or slightly less than those with haloperidol Prolonged corrected QT interval on 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, respiratory depression, oversedation	Second-line agent Associated with prolongation and worsening of delirium symptoms demonstrated in clinical trial ³⁷ Reserve for use in patients undergoing sedative and alcohol withdrawal, those with Parkinson's disease, and those with neuroleptic malignant syndrome
Antidepressant Trazodone	25–150 mg orally at bedtime	Oversedation	Tested only in uncontrolled studies

Prévention du syndrome confusionnel

Inouye S et al. N Engl J Med 1999;340:669-76

- 852 patients ≥ 70 ans hospitalisés dans un service de médecine
- Randomisation en deux groupes intervention et prise en charge habituelle
- Confusion 9.9 % dans le groupe intervention versus 15.0 % dans le groupe témoin
 - matched odds ratio, 0.60; 95 percent confidence interval, 0.39 to 0.92
- Nombre total de jours de confusion (105 vs. 161, $P=0.02$)

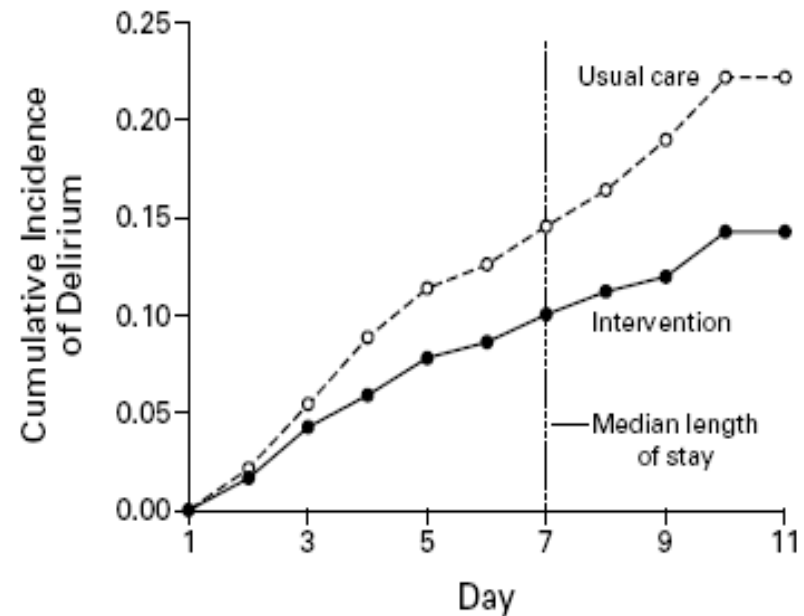


Figure 1. Cumulative Incidence of Delirium According to Study Group.

The cumulative incidence of delirium was defined as the probability of the development of delirium by a specified time. Data on patients were censored at the time of discharge or death. The difference between the groups was significant (chi-square=4.77; $P=0.03$ by the log-rank test). Kaplan-Meier estimates of the incidence of delirium at the median length of the hospital stay (seven days, indicated by the dotted line) were 0.100 for the intervention group and 0.145 for the usual-care group.

Prévention du syndrome confusionnel postopératoire

- 126 patients ≥ 65 ans (79 ± 8 ans), 79% femmes) admis en urgence pour fracture de hanche.
- Randomisation entre intervention gériatrique selon protocole “10 recommandations” et prise en charge habituelle
- Confusion postopératoire chez 20 / 62 (32%) patients du groupe intervention, versus 32 / 64 (50%) patients du groupe témoin ($P = .04$), soit un risque relatif de 0.64 (95% confidence intervalle (CI) = 0.37–0.98).
- Pas de différence significative de la durée moyenne de séjour
 - *Marcantonio ER, et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. J Am Geriatr Soc 2001;49:516-22.*

Prévention du syndrome confusionnel

- Parler avec une voix calme, basse
- Mettre les prothèses auditives et les lunettes
- Réorienter et calmer le patient
- Expliquer simplement mais clairement tous les actes que l'on pose
- Se présenter chaque fois que l'on voit, soigne le patient
- Idéalement, toujours le même soignant
- Etre calme, toucher doucement
- Eclairage (même la nuit), horloge, calendrier, photos
- Impliquer la famille pendant les soins
- Augmenter la socialisation
- Sortir le patient de sa chambre
- Veiller en permanence à l'hydratation
- Favoriser l'élimination en condition naturelle (WC, chaise percée)

Conclusion et messages

- **Confusion : merveilleux modèle illustrant la fragilité du malade âgé**
- **Confusion: fréquente et grave**
- **Confusion: sous-diagnostiquée mais on peut faire mieux**
 - Les urgences ne sont pas adaptées pour une évaluation approfondie des fonctions cognitives
 - La ré-évaluation à distance est la règle !
- **Confusion: évitable**