

Grande Journée RAMPE-ÂGE 2.3

Louvain-la-Neuve, 3 mars 2018

par le Dr Virginie HUYGHE • médecin généraliste • 1340 Ottignies • vhuyghe.doc@gmail.com

Delirium

Définition

Le delirium ou syndrome confusionnel aigu est caractérisé par un **début brutal** et **des troubles de l'attention** qui peuvent être évalués au moyen de deux petits exercices : décompter de 20 à l'envers ou demander d'énoncer les mois de l'année ou les jours de la semaine à l'envers. D'autres aspects peuvent être présents :

- une désorganisation de la pensée ;
- une désorientation spatiotemporelle ;
- des troubles mnésiques ;
- des troubles du comportement (agitation, désinhibition, tics vocaux, apathie) ;
- des troubles du rythme veille sommeil ;
- des troubles de l'humeur (anxiété, dépression) ;
- des troubles du langage ;
- des hallucinations.

Le delirium est à distinguer de la démence dont le début est plus insidieux. Les symptômes sont stables au cours de la journée. Par ailleurs, le patient dément aura une **vigilance intacte** (excepté dans les stades avancés) et sera **capable de se concentrer** mais présentera une **désorientation spatiotemporelle**. Les hallucinations sont rares (excepté dans la démence à corps de Lewy) et tant les activités psychomotrices que l'humeur sont normales. Il est important de diagnostiquer le delirium car il peut s'avérer très anxiogène pour la famille mais surtout pour le patient. En effet, dans 50 % des cas, les patients sont conscients de leur état. De plus, après un épisode de delirium, il est constaté une perte d'une Activité de la Vie Journalière (AVJ) (après 3 mois) et un déclin fonctionnel persistant (après 6 mois). Les symptômes n'ont pas complètement disparu chez la moitié des patients et le risque relatif d'évolution vers une démence dans les 3 ans suivant un delirium est de 3.5.

Les personnes les plus à risque de faire un delirium sont les patients déments. Il est donc important de le reconnaître. Pour se faire, il existe une

échelle, la **Confusion Assesment Method (CAM)^a**, ayant une bonne spécificité (90-100 %) et sensibilité (91-94 %) et qui permet facilement d'établir un diagnostic de delirium. Elle est rapide (< 5 minutes) et reproductible.

Étiologies

Il faut avant tout reconnaître les causes de delirium afin de les traiter. Elles sont multiples.

• causes médicamenteuses :

- médicaments à action anticholinergique (anti-histaminique, butylscopolamine, antidépresseur tricyclique, oxybutinine, théophylline, codéine) ;
- benzodiazépines à longue demi vie ;
- neuroleptiques ;
- hypotenseurs, diurétiques, bêtabloquants ;
- digitaliques ;
- morphiniques ;
- AINS ;
- corticoïdes ;
- hypoglycémiantes ;

• perturbations métaboliques aiguës :

anémie, infections, troubles électrolytiques, fécalome, rétention urinaire, bas débit cardiaque (infarctus...), poussée d'affection chronique (goutte, BPCO), douleur aiguë, hypoxie et hypercapnie ;

• sevrage (alcool, benzodiazépines) ;

• affection cérébrale (accident ischémique, hématome sous-dural...) ;

• modification de l'environnement, contention, isolement social et troubles sensoriels.

Traitement

Il est important dans la prise en charge du delirium d'éviter au maximum la contention, d'augmenter la socialisation du patient, d'informer correctement la famille et de l'impliquer dans les soins, de favo-

a. <https://www.viha.ca/NR/rdonlyres/6121360B-B90F-4EF3-88F6-D50CC4825EE7/0/camshortform.pdf>

riser le sommeil, de réduire l'anxiété (se présenter à chaque fois qu'on voit le patient, lui expliquer les actes que l'on pose, mettre ses appareils auditifs et ses lunettes...), de sécuriser l'environnement et de maintenir une bonne alimentation/hydratation.

Les **complications** les plus fréquemment retrouvées dans le delirium sont les chutes, les escarres, les infections, une déshydratation et un déclin fonctionnel. La mortalité dans l'année qui suit un épisode de delirium est de 40 % (équivalente à celle d'un infarctus !!!).

D'après l'exposé du Pr Pascale Cornette, gériatre aux Cliniques St Luc à Bruxelles.

Mots-clés : delirium, troubles de l'attention, démence, médicaments, sevrage, contention, sécurité.

La polymédication

La polymédication est définie par la prise quotidienne de plus de 5 médicaments et l'hyperpolymédication correspond à une prise journalière de plus de 10 médicaments. Les patients institutionnalisés en MRS reçoivent en moyenne 8,1 médicaments/jour et 30 % des patients âgés de > 75 ans prennent > 5 médicaments/jour. La problématique de la polymédication est donc fréquente et demande une véritable réflexion. Par ailleurs, de nombreux médicaments sont en vente libre ce qui complique davantage notre prise en charge. Les étiologies de cette polymédication sont multiples : les polyopathologies, la pression du patient, la démultiplication des prescripteurs et le manque de communication entre ceux-ci, l'automédication, la peur de la déprescription. De plus, il est parfois plus rapide de prescrire que de prendre le temps d'écouter et d'expliquer l'intérêt de la non-prescription d'un médicament. Idéalement, il faudrait réévaluer le traitement de nos patients âgés de > 65 ans et prenant > 5 médicaments surtout en cas de facteur de risque associé. Pour ce faire, il existe des outils tels que Start and Stopp^b, le Medication Appropriateness Index (MAI)^c et les critères de Beers^d. Par ailleurs, vu le nombre parfois important de pathologies dont sont atteints nos patients, il est important de hiérarchiser les priorités dans nos prescriptions. Seul un patient sur 6 est totalement compliant à son traite-

ment et un patient sur 3 l'est partiellement. L'orateur nous rappelle l'importance de la gestion de cette polymédication avec une équipe pluridisciplinaire. En effet, la logopède évaluera les troubles éventuels de la déglutition afin d'améliorer la prise médicamenteuse. L'infirmière veillera à la bonne prise des médicaments. Le pharmacien centralisera le traitement et aidera le prescripteur quant aux interactions médicamenteuses. Ce ne sont que quelques exemples parmi tous les intervenants (kinésithérapeute, ergothérapeute, aide-soignante...) qui jouent chacun à leur niveau un rôle primordial.

D'après l'exposé du Dr Christophe Dumont, gériatre au Grand Hôpital de Charleroi.

Mots-clés : polymédication, start and stopp, déprescription.

La douleur

La douleur est définie comme «une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans les termes évoquant une telle lésion». Elle est subjective et représente une des raisons les plus fréquentes d'appel d'aide médicale. L'orateur nous rappelle combien la douleur chez la personne âgée (PA) est souvent sous diagnostiquée. Tout d'abord, dans un contexte de culture judéo-chrétienne, de nombreux patients souffrent en silence. Deuxièmement, la douleur est parfois banalisée sous le prétexte de l'âge avancé «On est vieux, c'est normal d'avoir mal». La douleur ne fait en aucun cas partie d'un vieillissement normal et représente un élément de fragilité. Seuls 30 à 40 % des douleurs sont correctement traitées. Il est donc important de dépister les patients via des outils d'auto-évaluation (échelle verbale simple, échelle visuelle analogique...) et d'hétéro-évaluation (DOLOPLUS^e). L'inconvénient de l'échelle visuelle analogique est qu'elle est souvent mal comprise chez les personnes âgées. Seuls 25 % des PA l'utilisent correctement. Afin d'augmenter la compréhension de ceux-ci, elle doit être tenue verticalement devant le patient. L'échelle psycho-comportementale DOLOPLUS permet aux infirmières d'évaluer la douleur. Sa spécificité augmente après un traitement antidouleur. L'orateur nous rappelle que le motif de douleur est une urgence car la PA risque de rester alitée (avec risque de fonte de sa masse musculaire) et de perdre son autonomie.

D'après l'exposé du Pr Thierry Pepersack, gériatre à l'institut Jules Bordet.

Mots-clés : douleur, échelle.

- b. Dalleur O., Mouton A., Marien S., Boland B Stopp & Start version 2. Un outil à jour pour la qualité de la prescription médicamenteuse chez les patients âgés de 65 ans et plus Article complet paru dans Louvain Médical 2015 ; 134 (5) D'après un exposé aux Journées de Formation en Médecine Générale organisées par l'ECU-UCL, le 28 mai 2015 <https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content-site/tap-dalleur-startstopp-v03-mn.pdf>
- c. https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/PDF/GJ_textes/rampe_2018_polymedication_jf_rochet_ch_dumont.pdf
- d. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jgs.13702>

- e. <http://www.doloplus.fr/pdf/doloplus-fr.pdf>

