

Delirium chez la personne âgée

par le Dr Maud VANDERHOFSTADT*

* Gériatre
Clinique Saint-Pierre
1340 Ottignies
maud.vanderhofstadt@cspo.be

L'auteure déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

ABSTRACT

The presence of «confusion» is a frequent reason for consultation. This overly generic term can refer to different situations (delirium, neurocognitive disorders or dementia, depression or psychiatric disorders) that it is important to recognize because the management and course differ. The history and hetero-history will be at the center of the diagnostic process. Delirium, a frequent geriatric syndrome, is an emergency in the elderly that should not be overlooked given the severity of the consequences (dependence and functional decline, institutionalization, death). Researching its etiology and contributing factors allows treatment to be adapted and its negative repercussions for the patient to be reduced.

Keywords : delirium, confusion, elderly.

La « confusion » est un motif fréquent d'appel du médecin généraliste. Le terme « confusion » est malheureusement générique et peut faire référence à différentes pathologies qu'il conviendra de distinguer.

Cet article a pour objectif d'aider le clinicien dans sa démarche diagnostique notamment afin de ne pas méconnaître un épisode de delirium qui est une urgence gériatrique.

Prétest

Vrai Faux

1. Le terme « delirium » est le synonyme de démence.
2. Le patient souffrant de delirium est toujours agité.
3. La moitié des patients ayant présenté un épisode de delirium développeront une démence.

Réponses en page 27.

Introduction.

Les 3 D : Delirium, Démence, Dépression

La « confusion » peut évoquer tant un épisode confusionnel aigu, encore appelé delirium, que l'apparition de troubles neurocognitifs (démence) ou être secondaire à une dépression dont certaines présentations peuvent être plus atypiques chez le sujet âgé (dépression délirante, pseudo-démentielle...). Il va donc être important pour le médecin généraliste de faire ce diagnostic différentiel car la prise en charge et l'évolution de ces pathologies diffèrent.

Le terme « confusion » est communément utilisé lors de la tenue de propos incohérents, de fausses reconnaissances ou à la suite d'égarements. Cet état peut se retrouver dans différentes situations qu'elles soient neurologiques ou psychiatriques.

Le delirium, la démence et la dépression ont des points communs qui rendent leur diagnostic parfois difficile. Ainsi, il est fréquent d'observer une perte d'auto-

RÉSUMÉ

La présence d'une « confusion » est un motif fréquent de consultation. Ce terme trop générique peut faire référence à des situations distinctes (delirium, troubles neurocognitifs ou démence, dépression ou troubles psychiatriques) qu'il est important de reconnaître car la prise en charge et l'évolution diffèrent. L'anamnèse et l'hétéro-anamnèse seront au centre de la démarche diagnostique. Le delirium, syndrome gériatrique fréquent, est une urgence chez la personne âgée qu'il ne faut pas méconnaître vu la sévérité des conséquences (dépendance et déclin fonctionnel, institutionnalisation, décès). La recherche de son étiologie et des facteurs favorisants permet d'adapter le traitement et d'en réduire les répercussions négatives pour le patient.

Mots-clés : delirium, confusion, personne âgée.



	Delirium	Démence	Dépression
Apparition	Brutale	Progressive, insidieuse	Rapide
Évolution	Fluctuation en cours de journée	Assez constante (excepté démence à Corps de Lewy où des fluctuations importantes sont caractéristiques)	Paradoxe (fatigue en journée, éveil nocturne)
Conscience/vigilance	Altérée avec épisode de lucidité	Conservée	Lucidité
Mémoire	Déficit important dès le début	Déficit progressif (peu de plaintes)	Le plus souvent conservée mais ralentissement idéomoteur et plainte +++
Fonction cognitive	Globalement déficitaire	Aphasie, apraxie, agnosie mais peu en début de maladie	Plaintes cognitives et mnésiques importantes mais avec tests conservés. Lenteur
Discours	Incohérent	Cohérent	Cohérent
Délires	Mal systématisés	Peu en début de maladie	(! dépression délirante)
Sommeil	Perturbé	Peu perturbé en début de maladie	Insomnie, réveil en milieu de nuit
Humeur	Anxiété, peur, méfiance	Peu altérée au début	Dépressive, apathie
État somatique	Symptômes neurovégétatifs, état général souvent altéré	Conservé, peu malade	Somatisation
Activité psychomotrice	Augmentée ou diminuée	Normale au début	Normale ou apathie
Consultation	Famille	Famille	Spontanée
Antécédents	Fragilité		Psychiatriques
Pronostic	Majoritairement réversible en quelques heures à quelques jours, maximum quelques semaines	Évolution progressive, irréversible	Très souvent curable

Tableau 1. Comparaison entre delirium, démence et dépression.

nomie et d'indépendance, des troubles du sommeil, des troubles psychomoteurs, des modifications du poids, de l'agressivité ou un refus de soins dans ces trois pathologies. Cependant, le timing d'apparition, les symptômes associés vont permettre de préciser le diagnostic. Le tableau 1 reprend une comparaison entre démence, delirium et dépression.

Signalons également que la démence à corps de Lewy présente plusieurs caractéristiques communes à celles du delirium : fluctuations au cours du temps et hallucinations visuelles ce qui rendra le diagnostic différentiel parfois très difficile.

Définition du delirium

Le delirium est une altération globale, fluctuante et réversible des fonctions cognitives.

Il s'agit d'une affection sévère qui altère le pronostic vital (15 % de mortalité à 1 mois, 22 % à 6 mois¹. 30 % de surmortalité indépendamment du diagnostic²) et entraîne de multiples complications (alitement, infection, plaie, augmentation de la durée des séjours hospitaliers, institutionnalisation, augmentation des coûts) allant jusqu'au décès. Le delirium est caractérisé par un début brutal, une fluctuation sur le nyctémère, des troubles de l'attention, un niveau de conscience et de vigilance altéré, une désorga-

nisation de la pensée. Pour envisager un diagnostic de delirium, il est nécessaire que les troubles soient d'apparition brutale et soient fluctuants dans le temps. D'autres signes peuvent également être observés comme des propos incohérents, des troubles mnésiques, de persévérations, des anomalies de perceptions y compris des hallucinations et des délires, de l'agitation psychomotrice, une perturbation du rythme veille-sommeil...

La Confusion Assessment Method (CAM), outil créé en 1990 par Inouye permet d'aider le praticien dans ce diagnostic (tableau 2, page suivante). La sensibilité de cette méthode est de 94 % et la spécificité de 89 %³.

Présentations cliniques

Différentes présentations cliniques sont possibles dont certaines plus facilement repérables que d'autres : la forme hyperactive caractérisée par un état d'agitation psychomotrice, un état d'alerte excessif, une irritabilité et agressivité, est la plus facilement reconnaissable mais n'est pas la seule. Elle représente 25 % des cas. La forme hypoactive (25 % des cas) regroupe les patients indifférents aux stimulations externes, apathiques, en état de stupeur, présentant une activité psychomotrice ré-

1. Début soudain et fluctuation des symptômes

Le patient présente-t-il un changement de l'état mental habituel ?
Ce comportement fluctue-t-il au cours de la journée ?

2. Inattention

Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention ?
Perd-il le fil du discours ?
Est-il facilement distrait ?

3. Désorganisation de la pensée

Le discours du patient est-il incohérent et désorganisé ?
La suite d'idées est-elle illogique/imprévisible ?
Le patient passe-t-il du coq à l'âne ?

4. Troubles de la vigilance- altération de la conscience

Comment évalueriez-vous l'état général de votre patient ? est-il alerte ? (normal), vigilant (hyperalerte), léthargique (sommolent, se réveille facilement), stuporeux (difficile à réveiller), comateux (impossible à réveiller)

Tableau 2. Les critères de la Confusion Assessment Method (CAM).

duite. La forme mixte où s'alternent les 2 phases représente 35% des cas et la forme sans hyperactivité 15% des cas⁴.

La distinction entre dépression et delirium de forme hypoactive pourra s'avérer compliquée. De même, la reconnaissance d'une forme hypoac-

tive comme un delirium risque d'être retardée car moins spectaculaire⁵. Ce retard de diagnostic a des conséquences péjoratives en termes de récupération. Ainsi, la forme hypoactive est fréquemment associée à une surmortalité par rapport aux autres formes de delirium⁴.

Pathologies infectieuses

Tout type d'infection : système nerveux central, respiratoire, urinaire...

Troubles métaboliques

Hyper/hypoglycémie, hyper/hyponatrémie, acidose/alcalose, hypercalcémie, déshydratation, insuffisance rénale aigüe, insuffisance hépatique, dénutrition

Douleur

Y compris fracture, occlusion

Syndrome rétentionnel

Fécalome, globe (ainsi que la mise en place d'une sonde urinaire)

Pathologie neurologique

AVC, épilepsie, lésions (hématome, tumeur...)

Pathologie cardio-vasculaire

Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, infarctus, embolie pulmonaire, hypoxémie, intoxication CO

Troubles endocriniens

Dysthyroïdie, hyperparathyroïdie, insuffisance surrénale

Facteurs psychologiques

Deuil, choc émotionnel, contrariété, anxiété, changement de cadre (hospitalisation/institutionnalisation), contention physique, privation de sommeil

Médicaments

Sevrage (benzodiazépines, codéine, alcool)

Intoxication à l'alcool

Psychotropes : benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques

Médicaments à visée cardiologique : bêta-bloquants, anti HTA centraux, digitale

Anticholinergiques : antihistaminique, antiparkinsonien, ...

Analgésiques et anti-inflammatoire : opiacés, corticoïdes

Antibiotiques : quinolones

Polymédication (ajout de >3 médicaments majore le risque de délirium par 4)

Tableau 3. Facteurs précipitants un delirium.

Étiologies

La survenue d'un delirium résulte de la sommation de multiples facteurs d'une part liés au vieillissement réduisant les réserves fonctionnelles cérébrales et d'autre part prédisposants et précipitants. Notons qu'il existe une balance entre les facteurs prédisposants et précipitants : au plus le sujet est fragile, porteurs de facteurs prédisposants sévères, au plus sa vulnérabilité aux facteurs précipitants sera grande⁴.

Les facteurs prédisposants sont le grand âge, les maladies neurologiques telle que la démence et la maladie de parkinson, la dépression, l'éthylisme chronique, la désafférentation (visuelle/ auditive), la malnutrition, la polymédication, l'immobilisation ou l'autonomie réduite, le sexe masculin. Parmi ces facteurs, la démence est certainement l'un des plus importants de développer un delirium. En effet, pratiquement 2/3 des patients développant un delirium souffrent de démence⁴.

Les facteurs précipitants sont nombreux et peuvent s'additionner⁴. Tout stress organique ou psycho-environnemental peut conduire à l'apparition d'un delirium. Le tableau 3 ci-contre reprend les principaux facteurs précipitants. Les médicaments représentent à eux seuls près de 40 % des causes de delirium⁵.

Évolution et pronostic

L'évolution sera variable : guérison, décès, développement d'un syndrome démentiel. La mortalité est estimée à 15 % à 1 mois et à 22 % à 6 mois¹. Le plus fréquemment, les patients récupèrent complètement et en gardent peu de souvenirs. Un petit nombre gardera en mémoire des bribes effrayantes de délires⁴. L'évolution du delirium vers une démence est également possible soit directement soit plus tard, environ la moitié des patients ayant présenté un épisode de delirium développeront une démence⁷.

Démarche diagnostique

Celle-ci se décompose en deux temps : premièrement reconnaître le delirium, ensuite trouver les facteurs précipitants. La première étape dépendra principalement de l'anamnèse, de l'hétéro-anamnèse et de l'observation clinique, la seconde de l'examen clinique et des examens complémentaires ciblés.

Une attitude adéquate sera recherchée : la famille et le patient sont la plupart du temps dans un état de stress et d'anxiété important. Il sera utile d'apaiser et de calmer la situation. Il faut pouvoir écouter le patient et la famille dans un environnement adéquat. Lors de la discussion, il est important d'être attentif à l'attitude du patient (attention, vigilance, gestuelle) et à son discours (décousu ? répétitions ? persévérations ?)

Anamnèse et hétéro-anamnèse

Différents éléments seront consignés :

1. Identifier qui est à l'origine de la consultation : le patient ? la famille ?
2. Écouter la plainte en essayant de préciser la date de son apparition et son évolution au cours du temps (fluctuation nyctémérale ?)
3. Rechercher les symptômes associés : troubles du sommeil, modification de caractère, trouble du comportement (indifférence, apathie, désinhibition).
4. Évaluer la thymie : tristesse ? pleurs inexplicables ? ennui ? anxiété ?
5. Rechercher les antécédents (dont les antécédents psychiatriques) et les traitements actuels y compris les automédications ainsi que les modifications récentes de traitements, erreurs, oublis, évaluer la compliance, rechercher activement les médicaments avec effets anticholinergiques, grands pourvoyeurs de confusion. Interroger sur la consommation de toxiques y compris l'alcool.
6. Évaluer l'environnement du patient : changement récent de lieu de vie, stress...

Examen clinique

Ensuite vient le temps de l'examen clinique approfondi : constantes vitales y compris saturation en oxygène, examen cardio-pulmonaire et abdominal y compris un toucher rectal à la recherche d'un fécalome et la recherche d'un globe vésical sans oublier un examen neurologique et la recherche de symptômes témoins d'un dysfonctionnement du système nerveux autonome : pâleur, bouffées vasomotrices, mydriase ou myosis, tachycardie ou bradycardie, hyper ou hypotension artérielles, hyper ou hypothermie, nausées, vomissements, diarrhée. À l'examen neurologique, peuvent également être observés : fasciculations, hyperréflexie, tremblements, ataxie, astérisis (ou flapping tremor en anglais correspond à des mouvements successifs lents et irréguliers de flexion-extension des poignets). Lors de l'examen clinique, il convient d'être attentif à l'attention du patient aux stimuli environnementaux (lumière, bruit...).

Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont réalisés à la recherche des facteurs précipitants :

- biologie avec dosage de la natrémie, kaliémie, calcémie, glycémie, urémie, créatininémie, hémogramme et CRP ;
- électrocardiogramme ;
- radiographie du thorax.

Selon les éléments anamnestiques et l'examen clinique, d'autres examens complémentaires pourront être réalisés : scanner cérébral, gazométrie, complément biologique : tests hépatiques, troponinémie, TSH, hémoculture, ponction lombaire, EEG.

Traitement

Le but du traitement est multiple : à la fois traiter les causes ou facteurs déclenchants, contrôler les symptômes et prévenir les complications.

Le médecin généraliste devra discuter avec l'entourage de l'envoi ou non en hospitalisation du patient selon la situation : à discuter en fonction de la découverte des facteurs déclenchants, de leur gravité, des troubles du comportement mettant en danger le patient ou l'entourage, de la nécessité d'une surveillance médicale suite à la pathologie déclenchante ou à l'arrêt d'un traitement par exemple ou si le patient n'est plus capable de s'hydrater ou s'alimenter ou encore si l'entourage ne peut plus assumer les soins⁸.

Observer des mesures bienveillantes afin d'apaiser le patient qui bien souvent ressent un mal être. Un **environnement** adéquat est ici essentiel : il doit être calme, éclairé de façon non agressive y compris la nuit (pas de nuit noire), des repères doivent y être disposés afin d'orienter le patient dans le temps et l'espace (horloge, calendrier, objets familiers). Une présence familière permet également d'apaiser le patient. Il est important de penser à réafférenter le patient : lunettes, appareils auditifs. Le médecin et les soignants veilleront à donner des explications claires, compréhensibles et simples de la situation au patient et aux proches.

Le traitement du ou des **facteurs déclenchants** y compris l'adaptation des traitements en cas de traitement confusio-gène : arrêt ou réduction dès que possible des traitements confusio-gènes (se référer au tableau 3 pour une liste non exhaustive), évaluation de la charge anticholinergique du traitement et adaptation en vue d'une réduction, réduction des traitements non essentiels pour réduire la polymédication. En cas de sevrage en tabac (Nicotine), un patch de nicotine permet de contrecarrer les symptômes de sevrage.

Il sera également nécessaire d'adopter des **mesures générales** afin d'éviter les complications : veiller à une hydratation adéquate, suivi de la nutrition, suivi de l'élimination, de l'état cutané, contrôler la douleur, veiller à mobiliser le patient, le sortir de son lit, de sa chambre en vue d'une revalidation fonctionnelle et d'éviter les facteurs aggravants : si possible éviter toute contention physique, mise en place de sonde urinaire.

Un **traitement symptomatique** sera envisagé et prescrit particulièrement si l'agitation ou l'anxiété entraîne une souffrance significative, met en danger le patient ou l'entourage, entrave la prise en charge du déclencheur ce qui est particulièrement le cas lors de delirium hyperactif. Le traitement sera toujours donné pour une période la plus courte possible et réévaluer régulièrement. En cas de sevrage (alcool/benzodiazépine), une benzodiazépine à courte durée d'action sera privilégiée. Selon les recommandations du collègue de gériatrie, le lorazepam à dose de 0.5 à 1 mg PO ou IV est privilégié. En cas d'insuffisance de contrôle des symptômes, une demi-dose sera à nouveau administrée après 120 minutes lors de l'administration PO ou 30 à 60min en administration IV avec un maximum de 4 mg/j⁹. En dehors du sevrage, les neuroleptiques seront privilégiés pour autant qu'il n'y ait pas de contre-indication (hypotension artérielle, intolérance connue, QT allongé > 500 msec, démence à corps de Lewy) : haloperidol (0.25 mg) dose répétée toutes les 30 minutes jusqu'à apaisement du patient ou risperidone (0.25 à 1mg/j). La quétiapine (à débiter par 12,5 mg/j) sera privilégiée chez les patients atteints de démence à corps de Lewy où une réaction paradoxale aux neuroleptiques est possible. La voie d'administration orale est préférable à l'intra musculaire. Le traitement sera réévalué régulièrement, prescrit pour une courte durée (2-3 jours) et réduit progressivement. La règle étant de commencer avec de petites doses et de titrer prudemment « start low, go slow ».

La surveillance au traitement psychotrope consistera à traquer le globe et la constipation, évaluer l'état d'éveil et la somnolence, éviter les chutes et suivre les glycémies lors de l'administration de neuroleptiques atypiques particulièrement chez les patients diabétiques.



Conclusion

Le delirium est un syndrome gériatrique fréquent et grave dont le diagnostic peut être méconnu. Le diagnostic différentiel avec la démence et la dépression n'est pas toujours évident et la relation entre démence et delirium est complexe puisque la démence est un facteur prédisposant important de développer un delirium et qu'après un épisode de delirium, le risque de développer une démence est grand. Le diagnostic du delirium est clinique et repose sur l'anamnèse. L'identification des facteurs déclencheurs sera nécessaire pour orienter le traitement. En effet, le traitement du delirium est celui de sa cause. Une prise en charge non médicamenteuse devra être mise en place : rassurance, adaptation de l'environnement, prévention des complications. Un traitement psychotrope ne sera indiqué que dans une minorité de cas. Il sera maintenu le moins longtemps possible et réévalué régulièrement. Une prise en charge adéquate évite le déclin fonctionnel, l'institutionnalisation et d'autres complications entravant la qualité de vie des personnes âgées.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Le delirium est une altération globale, fluctuante et réversible des fonctions cognitives qui peut être grave puisqu'elle altère le pronostic vital et peut entraîner de nombreuses complications.
2. La reconnaissance du delirium est nécessaire pour proposer le traitement adéquat.
3. L'étiologie est fréquemment multifactorielle et dépend de facteurs prédisposants et précipitants à rechercher pour cibler la prise en charge
4. Le traitement est celui du facteur précipitant. Un traitement psychotrope sera réservé à certains cas particuliers pour la durée la plus courte possible.

La Rédaction

Bibliographie

1. Belmin J. Gériatrie pour le praticien, Masson, 2^e édition 2009 ; page 115-120
2. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality Arch inter. Med 2002 162 : 457-63
3. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA *et al.* : Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990 ; 113 : 941-8.
4. Schoevaerdts D, Cornette P, de Saint Hubert M, Boland B, Swine C. Delirium, un syndrome gériatrique fréquent. La Revue de Gériatrie, Tome 35, N° 2 février 2010 : 111-120.
5. Freter S, Rockwood K. Le diagnostic et la prévention du delirium chez les personnes âgées. La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer. Janvier 2004. 4-9.
6. Inouye SK, Prevention of delirium in hospitalized older patients : risk factors and targeted intervention strategies Ann Med 2000 ; 32 : 257-263.
7. Higuët S, Higuët A. État confusionnel aigu chez la personne âgée. Rev Med Brux – 2014 : 79-85.
8. HAS synthèse des recommandations de bonne pratique. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Mai 2009.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf
9. Recommandations du collègue de gériatrie mai 2013. Approche uniformisée de la problématique de delirium chez le patient gériatrique hospitalisé.
https://geriatrie.be/media/2019/05/ppt_Delir_folder-FR.pdf