

Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation

Mai 2009

Dans ce document, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel

THÈMES

- Ces recommandations concernent les personnes âgées, avec ou sans démence connue sous-jacente, qui présentent une confusion aiguë avec agitation (hors confusion postopératoire).
- Les termes « confusion aiguë » ou « syndrome confusionnel aigu » actuellement utilisés remplacent l'ancienne terminologie « confusion mentale » et sont l'équivalent du terme « *delirium* » utilisé dans la littérature internationale (DSMIV-TR et CIM-10).

OBJECTIFS

- Définir des bonnes pratiques de prise en charge diagnostique, thérapeutique et de suivi.
- Promouvoir les mesures de prise en charge non médicamenteuse.
- Éviter toute prescription systématique ou prolongée d'un traitement médicamenteux symptomatique.

Message clés

- La confusion aiguë est un diagnostic clinique parfois difficile chez une personne âgée.
- Une confusion aiguë doit être systématiquement évoquée en cas de changement rapide du comportement habituel ou d'inversion récente du rythme nyctéméral.
- L'existence de troubles cognitifs ne permet pas de faire la distinction entre confusion et démence. En revanche, un début brutal, des troubles de la vigilance ou de l'attention et la fluctuation rapide des symptômes dans le temps orientent vers un diagnostic de confusion.
- La confusion aiguë est une urgence médicale qui nécessite un diagnostic étiologique rapide et une prise en charge médicale.
- La confusion aiguë est souvent d'origine multifactorielle : **il faut penser systématiquement à un facteur déclenchant médicamenteux (changement de traitement, de posologie, automédication, etc.)**
- La prise en charge doit débuter par des mesures non médicamenteuses.
- Le traitement médicamenteux symptomatique ne doit pas être systématique. Il peut être nécessaire si les mesures non médicamenteuses sont insuffisantes en cas de symptômes :
 - comportementaux sévères (agitation importante) ou émotionnels (anxiété sévère), provoquant chez le patient une souffrance significative ;
 - mettant en danger le patient ou autrui ;
 - empêchant des traitements ou des examens indispensables à la prise en charge.
- Le traitement médicamenteux doit être prescrit sur une durée courte et être régulièrement réévalué.

Approche diagnostique

Principaux symptômes à rechercher	<ul style="list-style-type: none">• En cas de changement rapide du comportement habituel ou d'inversion récente du rythme nyctéméral (veille-sommeil) :<ul style="list-style-type: none">▶ perturbation de la conscience de soi et de son environnement▶ trouble de l'attention▶ troubles cognitifs▶ troubles de la vigilance▶ troubles psychiatriques
Caractéristiques des symptômes	<ul style="list-style-type: none">• Début brutal ou rapidement progressif• Fluctuation des signes sur 24 heures avec recrudescence vespérale

Enquête étiologique

La confusion aiguë est souvent multifactorielle.

Penser systématiquement aux médicaments :

- ▶ **arrêter les médicaments pouvant être responsables d'une confusion et/ou ceux non indispensables,**
- ▶ **adapter les modalités de l'arrêt à la classe thérapeutique.**

Principaux facteurs prédisposants	<ul style="list-style-type: none">• Démence avérée ou troubles cognitifs chroniques sous-jacents• Immobilisation, aggravée par une contention physique• Déficit sensoriel (visuel ou auditif)• Existence de comorbidités multiples• Dénutrition• Polymédication• Antécédents de confusion, notamment postopératoire• Troubles de l'humeur, en particulier les états dépressifs
Principaux facteurs déclenchants	<ul style="list-style-type: none">• Infectieux (infection urinaire, pulmonaire, etc.)• Médicamenteux (dont le sevrage en benzodiazépine)• Cardiovasculaires (par exemple, syndrome coronarien)• Neurologiques (accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural, épilepsie, etc.)• Métaboliques et endocriniennes (déshydratation, hypoxie, etc.)• Psychiatriques (dépression, stress, deuil, etc.)• Toxiques (alcool, monoxyde de carbone, etc.)• Généraux (chirurgie, anesthésie générale, subocclusion, fièvre, contention, privation sensorielle, etc.)

Bilan

La confusion aiguë est une situation d'urgence médicale. Elle nécessite un diagnostic étiologique rapide et une prise en charge médicale.

Indications de l'hospitalisation

En urgence si :

- État clinique menaçant le pronostic vital ou fonctionnel
- Dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage
- Difficulté ou impossibilité à réaliser en ambulatoire les examens complémentaires nécessaires
- Surveillance médicalisée pluriquotidienne nécessaire suite à l'arrêt d'un traitement potentiellement responsable de confusion

Secondairement si :

- Les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre sur le lieu de vie (EHPAD ou domicile) se sont avérées inefficaces
- Le patient ne s'hydrate et/ou ne s'alimente plus suffisamment
- L'entourage professionnel et/ou familial ne permet plus de garantir la qualité des soins

Enquête étiologique en urgence

Examen clinique comprenant en particulier :

- Une évaluation des capacités d'orientation, d'attention et de mémorisation (MMSE de référence dès que l'état du patient le permet)
- La recherche d'un globe vésical, d'un fécalome, d'une cause de douleur

Examens paracliniques de première intention :

- Ionogramme sanguin, urée, protides totaux, créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine, calcémie, glycémie capillaire
- Hémogramme, CRP
- Saturation O₂
- Bandelette urinaire (leucocytes, nitrites)
- ECG

Indications de la tomodensitométrie (TDM) cérébrale

La TDM cérébrale ne doit pas être pratiquée de façon systématique. Elle est recommandée en cas de :

- Signes de localisation neurologique
- Suspicion d'hémorragie méningée
- Traumatisme crânien même mineur

Examens complémentaires si l'ensemble du bilan de première intention est négatif

- **Une TDM cérébrale** peut être indiquée en seconde intention, afin de rechercher un accident vasculaire cérébral, même en l'absence de déficit moteur, ou un hématome sous-dural (si traitement par anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire)
- **L'électroencéphalogramme** est recommandé pour rechercher une comitialité (état de mal épileptique non convulsif, crise partielle complexe)
- **Un examen du LCR** en cas de signes d'appel (fièvre sans cause infectieuse rapidement identifiée et/ou associée à des signes méningés)

Traitement symptomatique non médicamenteux

En premier lieu, traitement des facteurs précipitants ou déclenchants.

Débuter par des mesures non médicamenteuses à compléter par un traitement médicamenteux si ces mesures sont insuffisantes.

Mesures non médicamenteuses	<p>Favoriser l'apaisement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Accueil dans un lieu approprié et adapté pour éviter le risque de fugue• Attitude du personnel soignant favorisant l'apaisement• Éviter l'obscurité totale durant la nuit• Ne pas utiliser une contention physique en première intention <p>Préserver la communication :</p> <ul style="list-style-type: none">• Prêter attention aux messages non verbaux (mimiques, gestes, etc.)• Maintenir le plus possible les appareils auditifs et visuels <p>Éviter l'isolement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ne retirer systématiquement ni les lunettes, ni les appareils auditifs• Ne pas systématiquement maintenir le patient alité et si possible favoriser la mobilisation physique <p>Plus spécifiquement aux urgences :</p> <ul style="list-style-type: none">• Favoriser la présence de la famille et/ou de l'entourage proche• Évaluer le bénéfice/risque de tous les actes invasifs• Préférer la pose d'un cathéter veineux obturé à une perfusion « garde-veine »• Si suspicion d'une rétention urinaire : si possible confirmer le diagnostic d'un globe vésical au lit du patient à l'aide d'un échographe vésical portable
Place de la contention physique	<p>La contention physique doit rester exceptionnelle et se limiter :</p> <ul style="list-style-type: none">• Aux situations d'urgence médicale après avoir tenté toutes les solutions alternatives• Afin de permettre les investigations et les traitements nécessaires et tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui

Modalités du traitement symptomatique médicamenteux

Aucun médicament n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché pour l'indication « confusion aiguë de la personne âgée ».

Indications	<p>Mesures non médicamenteuses insuffisantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Symptômes comportementaux sévères (agitation importante) ou émotionnels (anxiété sévère), provoquant une souffrance significative• Symptômes mettant en danger le patient ou autrui• Symptômes empêchant des traitements ou des examens indispensables à la prise en charge
Choix de la classe thérapeutique	<ul style="list-style-type: none">• En cas d'agitation sévère avec anxiété prédominante : benzodiazépine à pic d'action rapide et à demi-vie courte• En cas d'agitation sévère associée à des troubles productifs (hallucinations, délire) : neuroleptique adapté au profil du patient

Modalités du traitement symptomatique médicamenteux (suite et fin)

Aucun médicament n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché pour l'indication « confusion aiguë de la personne âgée ».

Stratégie du traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux n'est destiné qu'à traiter ponctuellement les symptômes gênants (anxiété majeure ou agitation sévère) pour le patient et son entourage

- Privilégier une monothérapie
- Durée de la prescription la plus courte possible (24 à 48 heures maximum)
- Dose plus faible que chez l'adulte jeune
- Préférer les formes buvables et orodispersibles
- Évaluer l'effet dès la 1^{re} prise et avant de renouveler la prescription
- Réévaluer l'indication pluriquotidiennement
- Arrêter le traitement dès le contrôle des symptômes gênants

Principaux médicaments pouvant entraîner une confusion par leurs propriétés anticholinergiques (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique	DCI (exemples)	Spécialités
Neurologie	Antiparkinsoniens anticholinergiques	trihexyphénidyle trospatépine bipéridène	Artane® Lepticur® Akineton®
Psychiatrie	Antidépresseurs imipraminiques		
	Neuroleptiques phénothiaziniques		
	Neuroleptique atypique	clozapine	Leponex®
	Hypnotiques (neuroleptique)	acépromazine+acéprométazine méprobamate + acéprométazine	Noctran® Mépronizine®
Gastro-entérologie	Antiémétiques (neuroleptique)	métoclopramide métopimazine	Primpéran® Vogalène®
Urologie	Antispasmodiques dans l'instabilité vésicale	oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine,	Ditropan® Céris® Détrusitol® Vésicare®
Immuno-allergologie	Antihistaminiques phénothiaziniques	prométhazine alimémazine	Phénergan® Théralène®
	Antihistaminiques H1	hydroxyzine dexchlorphéniramine cyproheptadine	Atarax® Polaramine® Périactine®
Pneumologie	Antitussifs antihistaminiques H1	pimétixène oxomémazine	Calmixène® Toplexil®
	Bronchodilatateurs anticholinergiques	ipratropium tiotropium	Atrovent® Spiriva®
Antimigraineux	Neuroleptique	flunarizine	Sibélium®
Cardiologie	Troubles du rythme	disopyramide	Rythmodan®
Divers	Antispasmodiques anticholinergiques	atropine tiémonium scopolamine	Viscéralgine®

Principales classes médicamenteuses non anticholinergiques pouvant entraîner une confusion (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique ou DCI
Psychiatrie	benzodiazépines et apparentés
	antidépresseurs (IRSS, IRSNa, etc.)
Neurologie	antiparkinsoniens dopaminergiques
	antiépileptiques
Gastro-entérologie (anti-ulcéreux)	inhibiteurs de la pompe à protons
Infectiologie (antibiotiques)	fluoroquinolones
Cardiologie	digoxine bêtabloquant amiodarone
Antalgie	morphine, codéine dextropropoxyphène tramadol
Divers	corticoïdes à fortes doses collyres mydriatiques

