



Hôpital du Valais
Spital Wallis

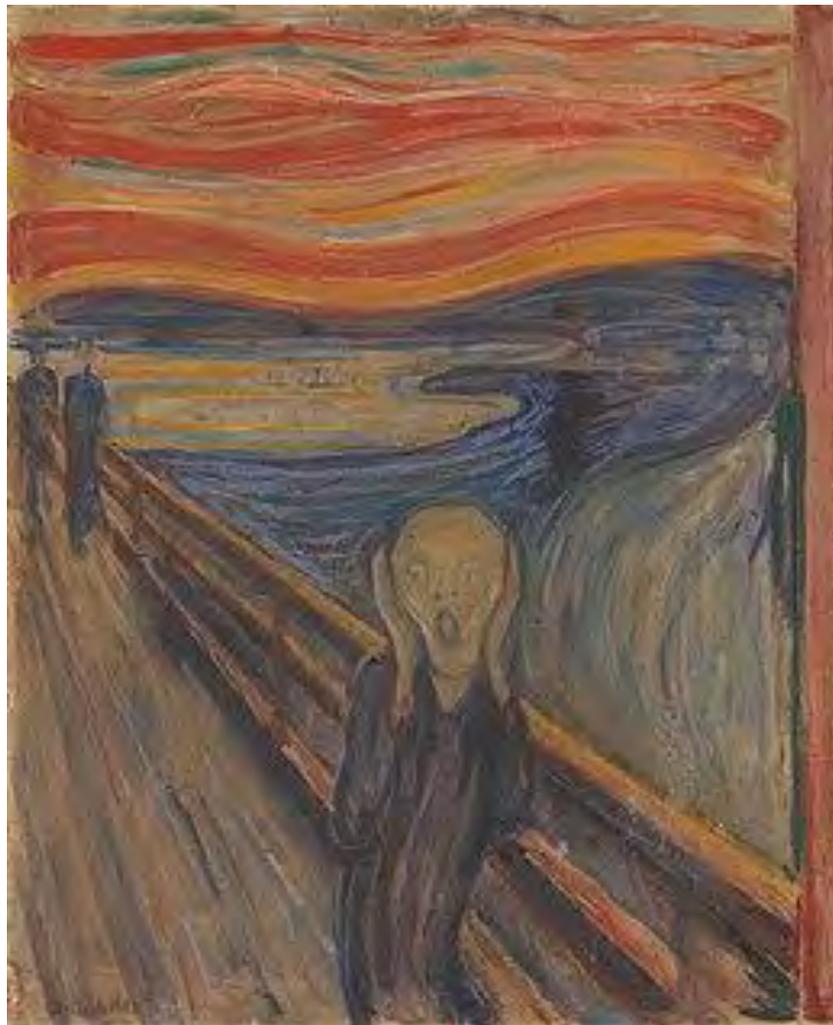
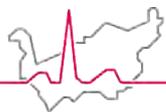
Etat confusionnel aigu chez la personne âgée

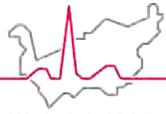
Dr Stephan Eyer

Service de gériatrie et Centre de consultation mémoire

Hôpital de Sierre

Sion, le 12.03.2019.





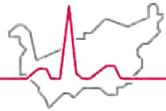
Evaluation cognitive

Symptômes neurologiques (cognitifs):

- Mémoire, orientation
- Attention
- Langage
- Praxies
- Gnosies
- Fonctions exécutives

Symptômes psychiatriques:

- Conscience, vigilance
- Perceptions
- Pensées, idées



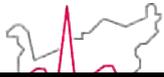
Etat confusionnel aigu: Définition

Confusion Assessment Method (CAM):

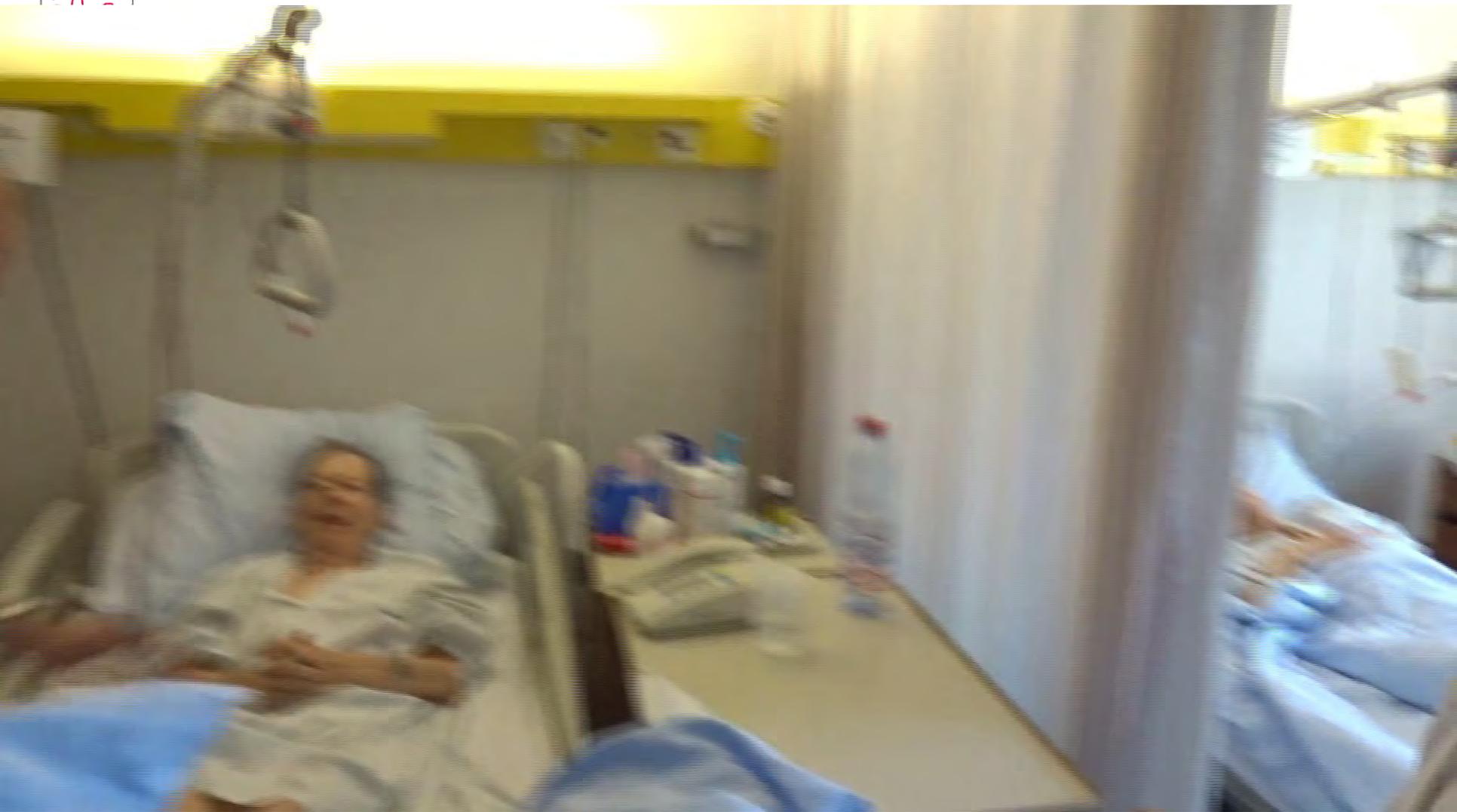
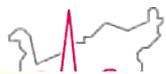
1. Début brutal, évolution fluctuante
2. Troubles de l'attention
3. Désorganisation de la pensée (« psychose des soins »)
4. Troubles de la vigilance (hypo-/hyperactif)

Si critères **1 + 2 + (3 ou 4)**: sensibilité 94%, spécificité 98%



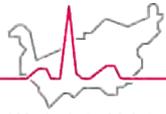






Délirium: quiz

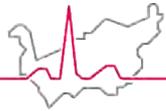
| | Atteinte cognitive | Diagnostic |
|---|--|---|
|  | <p>Désorientation temporelle Troubles de la mémoire de travail Dysfonction exécutive (compréhension, persévérations)</p> | <p>Troubles neurocognitifs sévères</p> |
|  | <p>Agnosie des visages Trouble délirant de l'identification Phénomènes d'ecmnésie</p> | <p>Probable maladie d'Alzheimer SCPD cluster psychose</p> |
|  | <p>Auto-prosopagnosie (non reconnaissance de soi) Agnosie du miroir</p> | <p>Probable maladie d'Alzheimer Syndrome de Capgras</p> |
|  | <p>Troubles attentionnels Troubles de la mémoire de fixation Dépendance à l'environnement</p> | <p>Syndrome frontal Syndrome de Lhermitte</p> |



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Etat confusionnel aigu: Diagnostic différentiel

- ! Symptômes psychologiques et comportementaux dans la démence (SCPD)**
- ! Syndrome frontal**
- ! Démence à corps de Lewy**



Diagnostic différentiel: démences

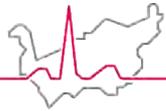
Trouble neurocognitif (syndrome démentiel):

- Troubles de la mémoire + autre(s) fonction(s) cognitive(s)
- Limitation fonctionnelle nouvelle (AVQ)
- Symptômes psycho-comportementaux (SCPD)
- Facteur prédisposant au délirium

Maladie d'Alzheimer (présentation typique):

- Début insidieux, évolution lentement progressive
- Troubles de la mémoire épisodique (récupération, «syndrome amnésique»)
- Désorientation temporelle
- Troubles instrumentaux et de la mémoire sémantique

Comment faire la différence entre SCPD et état confusionnel aigu ?

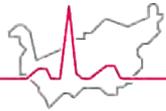


Diagnostic différentiel: Syndrome frontal

- 1. Troubles neurologiques, essentiellement moteurs**
- 2. Troubles psycho-comportementaux (SCPD)**
- 3. Troubles cognitifs (démence)**

Atteinte du cortex préfrontal et des connections sous-corticales (noyaux gris centraux)

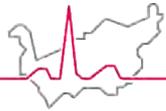
Exclusion du cortex moteur primaire et de l'aire de Broca



Diagnostic différentiel: Syndrome frontal

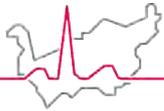
1. Troubles neurologiques

- Réflexes archaïques
- Troubles de la marche et de l'équilibre
 - Marche à petits pas, « collés au sol », syndrome parkinsonien
 - *Apraxie à la marche, abasie*
 - Tendance à la rétropulsion, *déséquilibre frontal, astasie*
- Stéréotypies verbales et gestuelles
 - *Echolalie, palilalie*
 - *Echopraxie*, comportement d'imitation ou d'utilisation
 - Syndrome de dépendance à l'environnement (Lhermitte)



2. Troubles psycho-comportementaux (SCPD)

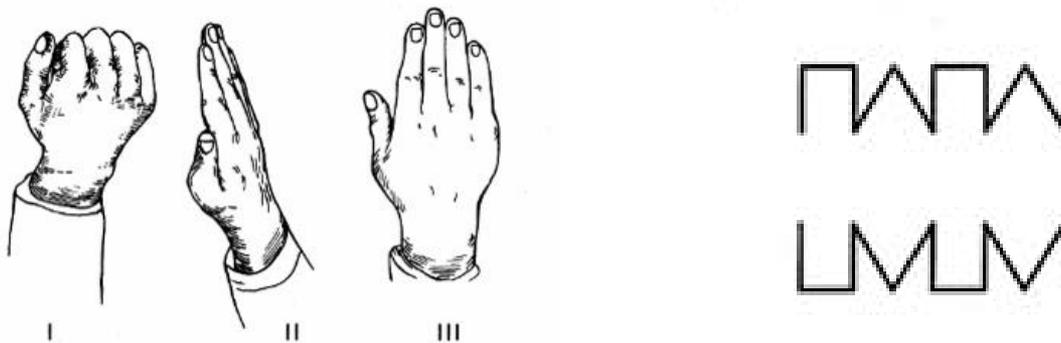
- Versant déficitaire (inhibition)
 - Perte d'initiative, ralentissement psychomoteur, *aboulie*
 - Indifférence affective, perte des affectes
 - *Mutisme akinétique*
- Versant productif (désinhibition)
 - Euphorie niase, excitation psychomotrice, *moria*
 - Impulsivité, conduites sociales inadaptées
 - Hypersexualité, hyperphagie, *urination*



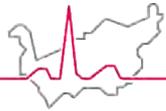
Diagnostic différentiel: Syndrome frontal

3. Troubles cognitifs, syndrome démentiel

- Syndrome dysexécutif
 - Planification, organisation, régulation de l'activité, capacité d'abstraction
 - Reproduction de séries de gestes, rythmes ou dessins

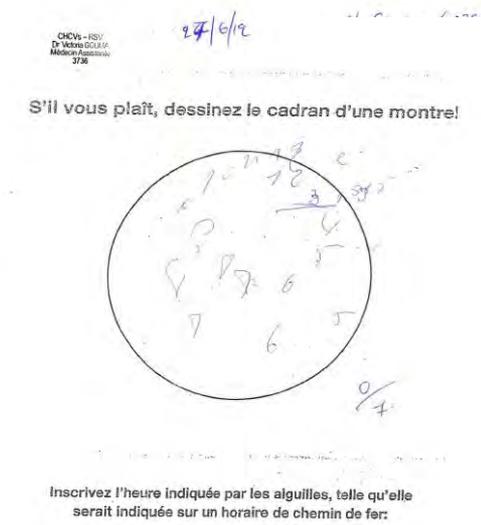


- Déficit d'attention et de la mémoire de fixation
- Troubles du raisonnement et du jugement
 - Capacité de discernement

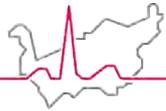


Diagnostic différentiel: Démence à corps de Lewy

- **Critères principaux indispensables au diagnostic:**
 - Syndrome démentiel, impact modéré sur les activités instrumentales
 - Troubles de la mémoire parfois absents au début mais constants dans l'évolution
 - Troubles de l'attention, des fonctions exécutives et des capacités visuo-spaciales prédominants



Adapté de: Mc Keith IG
et al. **Neurology**
2005;65:1-10.



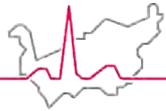
Diagnostic différentiel: Démence à corps de Lewy

- **Critères secondaires:**

- Fluctuation des performances cognitives avec variation de la vigilance et de l'attention
- Hallucinations visuelles récurrentes typiquement élaborées et détaillées
- Syndrome parkinsonien spontané

≥ 2 critères: probable DCL

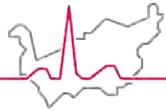
1 critères: possible DCL



Diagnostic différentiel: Démence à corps de Lewy

- **Critères évocateurs non suffisants isolement pour le diagnostic:**
 - Troubles du comportements en sommeil paradoxal (*REM sleep behavior disorder*)
 - Hypersensibilités aux neuroleptiques
- **Critères fréquemment associés mais non spécifiques:**
 - Chutes à répétition et syncopes
 - Pertes de connaissances transitoires inexplicées
 - Dysautonomie neurovégétative (hypotension orthostatique, incontinence urinaire, rétention urinaire)
 - Hallucinations dans d'autres modalités
 - Délires systématisés
 - Episode dépressif majeur

Adapté de: Mc Keith IG et al. **Neurology** 2005;65:1-10.



Etat confusionnel aigu: Causes

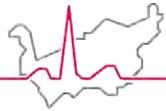
Facteurs prédisposants:

- Démence sous-jacente, antécédents d'ECA
- Âge
- Dépression (trouble psychiatrique)
- Atteinte cérébrale (maladie de Parkinson, AVC)
- Désafférentation sensorielle (malvoyance, hypoacousie)

Facteurs précipitants:

- Affection aiguë
- Médicaments (psychotropes, anticholinergiques), alcool
- Rétention urinaire, coprostase
- Contention, douleur
- Origine multifactorielle

État simple ou état aigu sans cause claire, état très fréquent souvent une ~~état de confusion~~ ~~delirium~~ aigu ?



Etat confusionnel aigu: Prévention

Design

- Suivi prospectif de cohorte
- 225 patients avant chirurgie cardiaque, âge ~73 ans

Méthode

- MMS à J-1, J2, J5, 1-6-12 mois postopératoires
- ECA postopératoire selon critères CAM

Critères d'évaluation

- Trajectoires cognitives

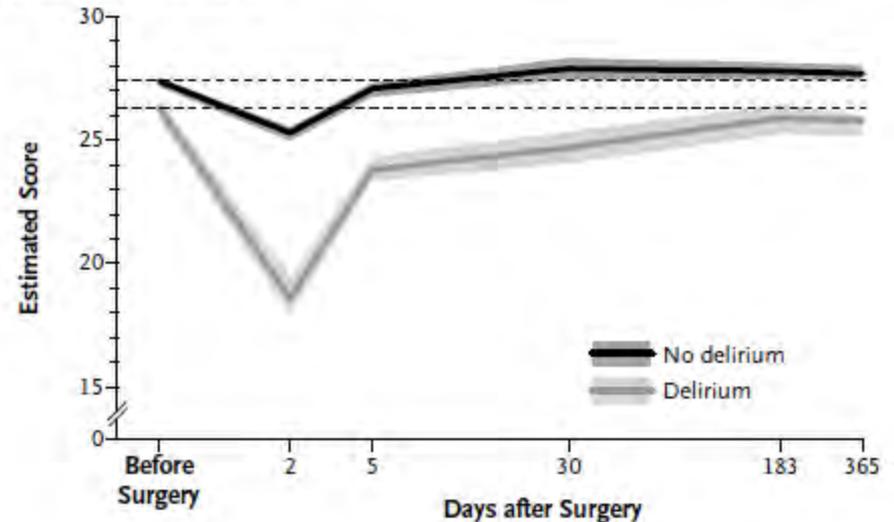
J-1: MMS **25.8**, vs. **26.9**; $P < 0.001$

J2: MMS **18.1**, vs. **24.8**; $P < 0.001$

1 mois: MMS **24.1**, vs. **27.4**; $P < 0.001$

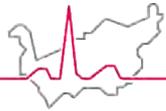
12 mois: MMS **25.2**, vs. **27.2**; $P < 0.001$

A Unmatched Analysis



Saczynski JS et al. *N Engl J Med* 2012.

*Doit-on toujours chercher une
démence sous-jacente ?*



Etat confusionnel aigu: Prévention

Design

- Suivi prospectif de cohorte
- 821 patients de SI, >50% décédés ou perdus de vue!

Méthode

- Exclusion des patients avec troubles cognitifs préexistants (IQ-CODE)
- Test global des fonctions cognitives (RBANS) et exécutives (TMT-B)
- ECA selon critères CAM

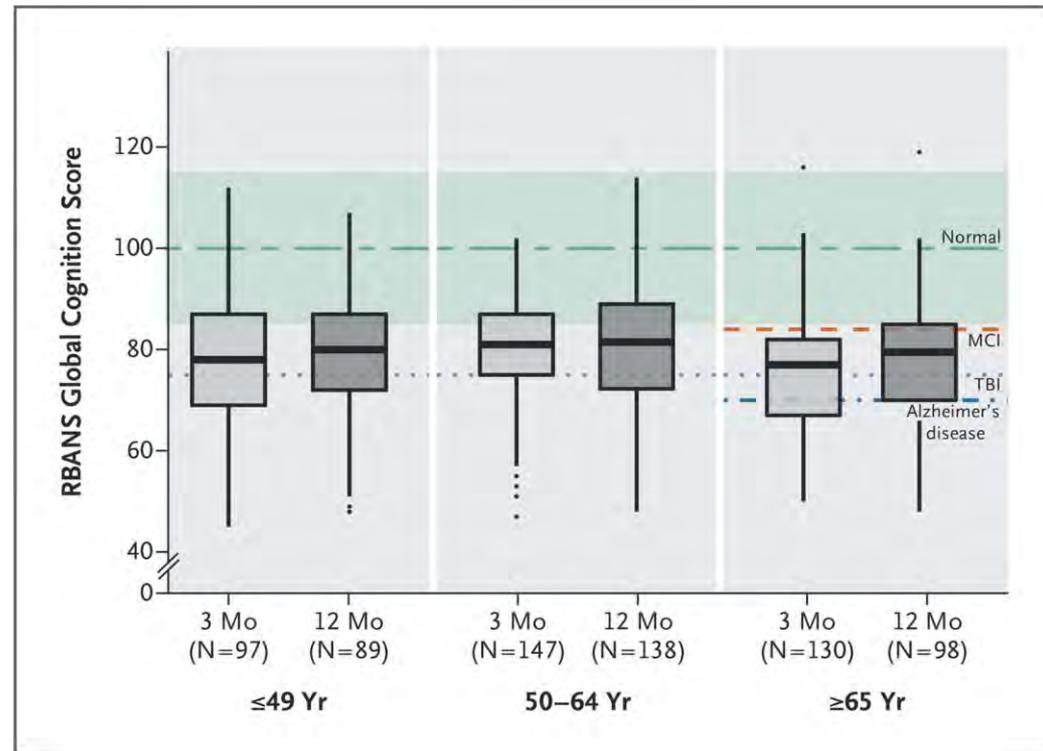
Critère d'évaluation

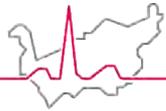
- Performances cognitives à 3 et 12 mois

Prévalence ECA: **74%**

-1.5 DS chez **34%** (≈TCC modéré)

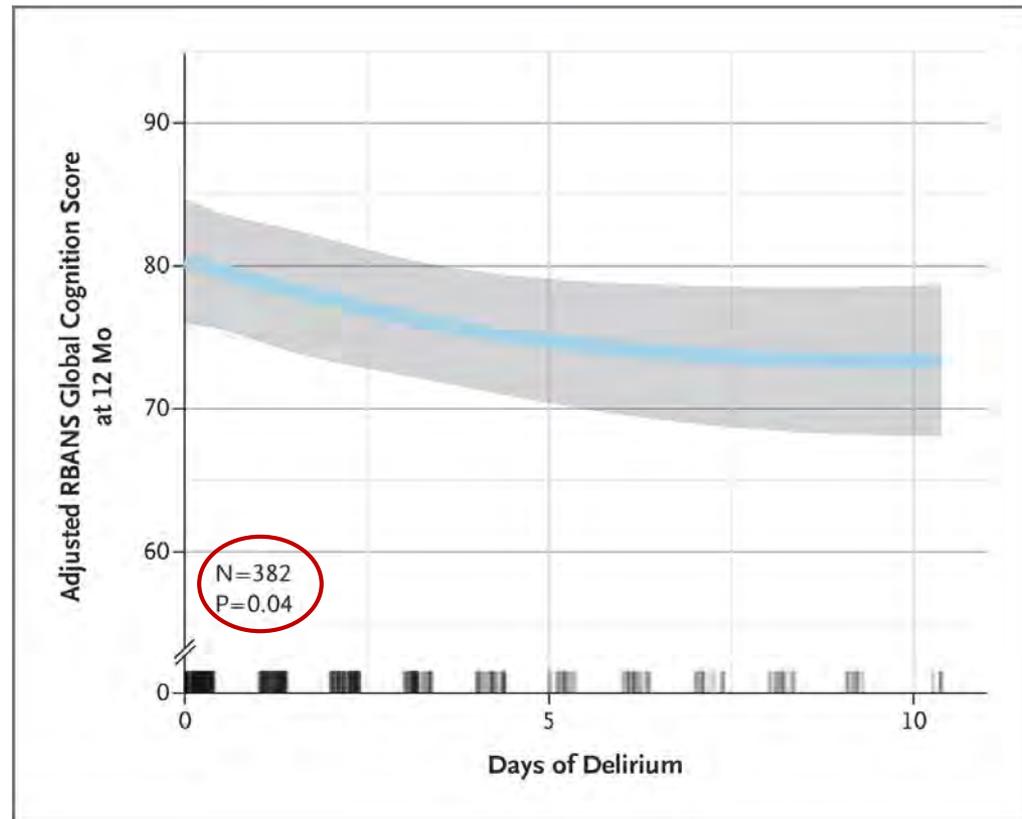
-2 DS chez **24%** (≈Alzheimer léger)

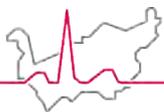




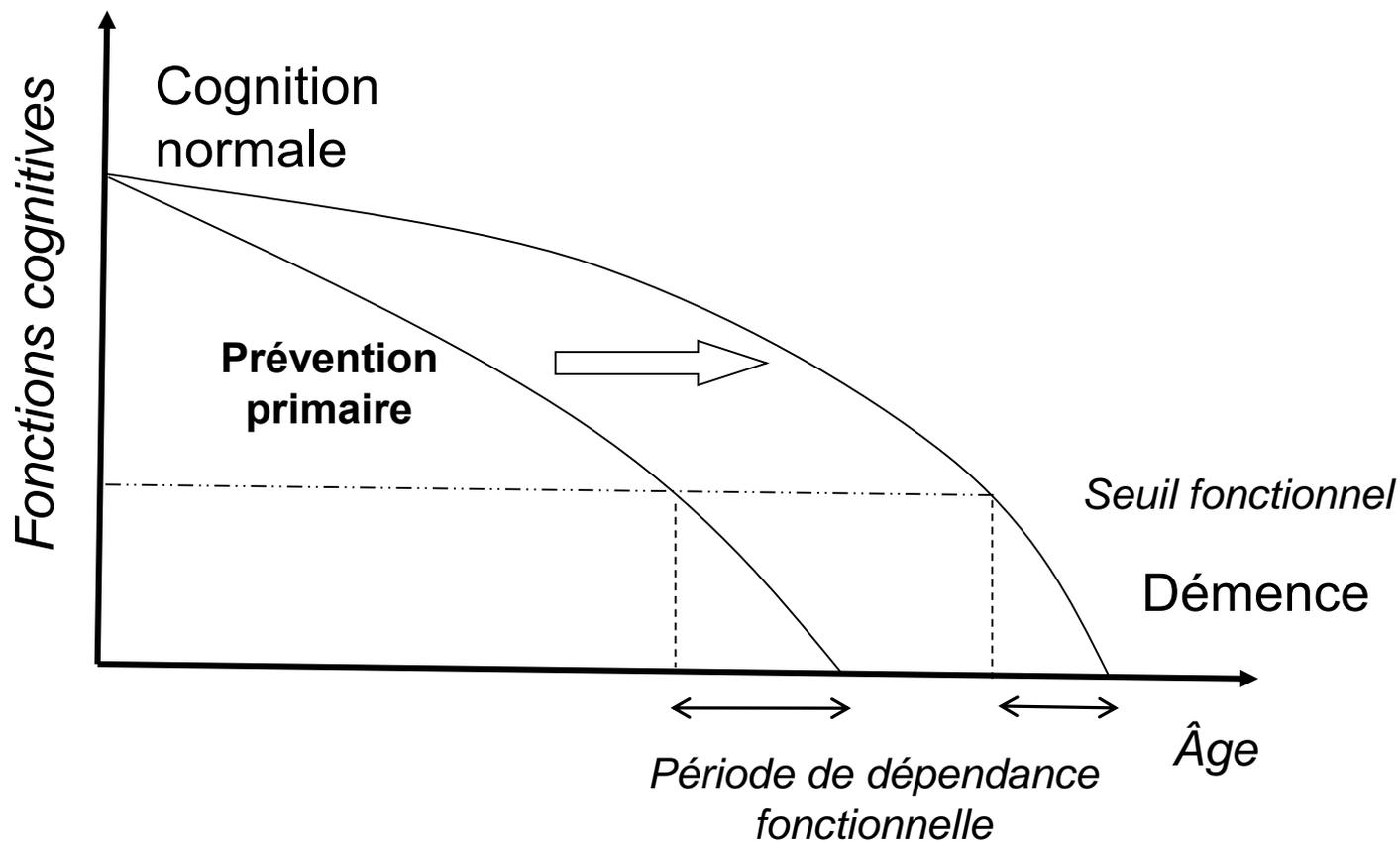
Etat confusionnel aigu: Prévention

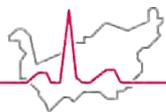
- Facteur de risque de déclin cognitif à 3 et 12 mois
- Indépendant des traitements sédatifs et analgésiques (midazolam, fentanyl, propofol)





Etat confusionnel aigu: Prévention





Etat confusionnel aigu: Traitement

Design

- Essai randomisé contrôlé
- 1183 patients de SI; comparaison placebo (N=184), vs. halopéridol (max. 10 mg iv./12h) (N=192), vs. ziprasidone (max. 20 mg iv./12h) (N=190)

Méthode

- Exclusion des patients avec troubles cognitifs préexistants (IQ-CODE)
- ECA selon critères CAM-ICU

Critère d'évaluation

- Durée du délirium

Traitement neuroleptique : vraiment utile ? Dangereux ? Lequel ?

•Prévalence:

48%, forme hypoactive: **89%**, forme hyperactive: **11%**

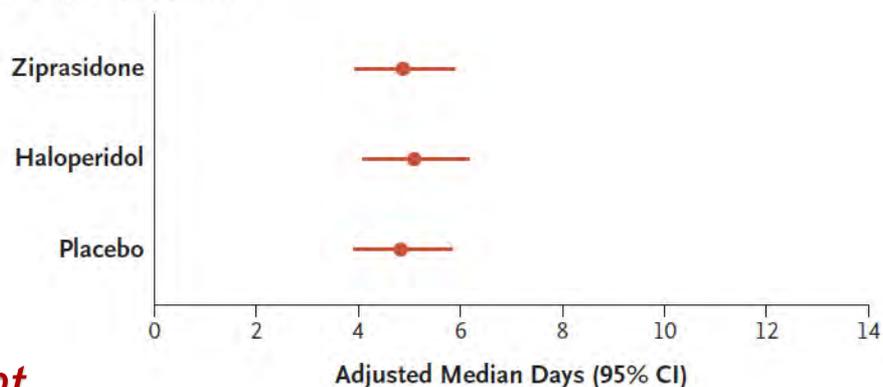
•Durée:

5 j. (2-8) sous placebo,

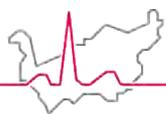
4 j. (2-7) sous halopéridol (OR 1.12; 95% IC 0.86–1.46),

4 j. (2-6) sous ziprasidone (OR 1.02; 95% IC 0.69–1.51)

B Days with Delirium



Girard TD et al. *N Engl J Med* 2018.

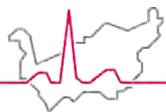


Etat confusionnel aigu: Prévention

| TAB. 1 | Mesures préventives de l'état confusionnel aigu |
|---------------|---|
| | Dépister les troubles cognitifs à l'admission (MMSE, test de l'horloge) |
| | Limiter le nombre de médicaments, utiliser avec prudence les médicaments à risque (psychotropes, anticholinergiques, opiacés) |
| | Veiller à une hydratation adéquate, traiter les troubles électrolytiques |
| | Investiguer les risques de sevrage et les prévenir (alcool, benzodiazépines) |
| | Evaluer la douleur (échelles), assurer une bonne antalgie |
| | Restaurer un rythme veille-sommeil normal |
| | Limiter les bruits irritants (alarmes sonores) |

Etat confusionnel aigu Prévention

| |
|--|
| Maintenir les apports nutritionnels (accessibilité des plateaux, des boissons) |
| Parler au patient, lui expliquer tout acte médical |
| Orienter le patient (horloges, calendriers, examens prévus) |
| Favoriser un environnement stable et familial (visites de proches, limitation des changements de chambre et de service) |
| Soutenir et informer les proches (brochures de l'Association Alzheimer) |
| Réafférenter le patient (disponibilité des appareils auditifs, des lunettes) |
| Mobiliser le patient précocement, favoriser son indépendance (sevrage de sonde vésicale) |
| Eviter la contention physique (uniquement si mise en danger) |



Etat confusionnel aigu: Prévention

