

Les états confusionnels (Delirium)

DR SEGHIR

I. Introduction - Définition

- La confusion mentale ou delirium, est un syndrome neuropsychiatrique aigu, caractérisé par une altération de la conscience, une désorientation temporo-spatiale et des troubles de la perception et de l'idéation.
- Pour le DSM 5, La caractéristique essentielle de l'état confusionnel est une perturbation de l'attention et de la conscience qui s'accompagne d'une modification de la cognition.
- C'est un syndrome généralement réversible, dont le pronostic est celui de la cause sous-jacente.

II. Epidémiologie

- Trouble très fréquent.
- La prévalence des états confusionnels est de 10% chez les malades hospitalisés. Ces chiffres sont de 20% à 50% pour les personnes âgées, 20% pour les grands brûlés et 30% pour les patients en soins intensifs et jusqu'à 80% des patients en phase terminale présentent un delirium avant de mourir.
- Dans la population générale : la prévalence est de 0.4% pour l'adulte jeune et 1.1% à partir de 55 ans.

III. Clinique

A. Début

Le trouble s'installe rapidement, en quelques heures à quelques jours. Parfois après une phase prodromique faite de : céphalées, asthénie, anxiété et irritabilité, intolérance à la lumière et au bruit, difficultés à la concentration, des cauchemars ou des perceptions erronées.

B. Phase d'état

La caractéristique du delirium est le trouble de la conscience accompagnée de modifications cognitives et perceptives.

Ce tableau est variable durant la journée avec aggravation nocturne des symptômes.

1. La présentation

- La mimique est caractéristique : le regard est hébété, hagard, le confus paraît absent, parfois mutique.
- La tenue vestimentaire est négligée, voire incurieuse.
- Le comportement moteur est perturbé : le patient peut être apathique et immobile ou au contraire, présente une agitation psychomotrice désordonnée.

2. Le syndrome psychiatrique

a. Les troubles de la conscience :

Vont se manifester par : une baisse de la vigilance avec altération de la capacité à focaliser et à soutenir l'attention.

b. Les troubles cognitifs

- La désorientation temporo-spatiale est constante, avec des fausses reconnaissances, le patient ne reconnaît plus les dates, l'heure, les lieux même familiers avec des difficultés à reconnaître son entourage proche.
- Les troubles de la mémoire sont importants, avec une amnésie antérograde, rétrograde et parfois une fabulation.
- La pensée est désorganisée avec une incohérence des idées, des troubles du langage.
- Le raisonnement et le jugement sont perturbés avec incapacité de résoudre des problèmes simples.
- Le désordre cognitif est global et traduit l'incapacité du patient à utiliser les informations pertinentes provenant de son environnement.

c. Le délire onirique ou onirisme

Il s'agit d'un délire à thème professionnel, persécutif, mystique, érotique ou de monstres.

Le confus adhère totalement à ce délire hallucinatoire et va l'agir : parle, crie, fuit, agresse ou se défend contre ses agresseurs.

La dangerosité est fréquente avec risque auto ou hétéro agressif.

d. Les troubles perceptifs

- Sont de règle, notamment visuelle et auditive, mais également tactile, cénesthésique ou olfactive.
- Parfois, il s'agit d'une interprétation erronée des stimuli environnementaux (claquement de porte pris pour un coup de feu).
- Peuvent être des illusions et le patient ne discrimine plus les formes dans son champ perceptif.
- Au maximum, ce sont des hallucinations, elles peuvent être simples (taches lumineuses ; son) ou complexes mettant en scène des personnes, animaux (zoopsies), le contenu est désagréable, pénible voire terrifiant.

e. Les troubles du cycle veille-sommeil

- Sont constants : peuvent consister en une somnolence excessive diurne avec insomnie et agitation nocturne.
- Les cauchemars et les rêves angoissants peuvent s'associer aux hallucinations.

f. Les troubles affectifs

L'anxiété est souvent au 1^{er} plan, mais il peut s'agir également d'une dépression ou d'indifférence.

3. Le syndrome physique

- Signes généraux : déshydratation, fièvre inconstante, hypo TA, amaigrissement.
- Signes neurovégétatifs: tachycardie, sueurs, pâleur et bouffées vasomotrices.
- Un examen neurologique est systématique et recherchera : céphalées, convulsions, raideur méningée, anomalies pupillaires et appréciera les ROT.
- Signes biologiques : signes de déshydratation (troubles de l'ionogramme sanguin, hyperazotémie, hyperprotidémie,)
- Hypo ou une hyperglycémie avec acidocétose.

C. Critères diagnostiques DSM 5

1. Une perturbation de l'attention et de la conscience (diminution de l'orientation dans l'environnement).
2. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures à quelques jours) et tend à fluctuer en sévérité durant la journée.
3. Une autre perturbation cognitive (un déficit de la mémoire, du langage, des habiletés visuospatiales).
4. Les perturbations des critères A et C ne sont pas mieux expliquées par un trouble neurocognitif préexistant, et ne doivent pas survenir dans le contexte d'un niveau de vigilance très réduit (coma).
5. Mise en évidence que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance ou d'une exposition à un produit toxique.

IV. Etiologies

A. Intoxications médicamenteuses

Anti cholinergiques, antibiotiques, anti arythmiques, anticonvulsivants, antihypertenseurs, antiparkinsoniens, cimétidine, digitaline, benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, antimétabolites, interféron, corticoïdes, paracétamol

B. Intoxications aux substances toxiques

Alcool, opiacés, cannabis, LSD, cocaïne. Lors de l'intoxication aiguë ou lors du sevrage.

C. Intoxications professionnelles

Métaux (Plomb, mercure, arsenic, zinc, thallium...), CO, insecticides organophosphorés, solvants organiques, désherbants.

D. Encéphalopathies métaboliques

- Insuffisances hépatiques, rénales, respiratoires (hypoxie) et pancréatiques.
- Les troubles hydro-électrolytiques (déshydratation, déséquilibre acido-basique, troubles de la natrémie, kaliémie, magnésémie, calcémie).
- Troubles de la glycémie, thyroïdiens, parathyroïdiens.
- Déficits en vitamines B1 (thiamine), PP (acide nicotinique), acide folique et en vit B12.

E. Causes infectieuses

Les grands tableaux fébriles : fièvre thyroïde, brucelloses, diphtérie, MNI, légionellose, hépatites, septicémies, endocardites, méningites bactériennes, encéphalites virales et post-vaccinales.

F. Causes vasculaires

- Cérébrales (AIT, AVC, hémorragies, pathologie thromboembolique, vascularites cérébrales.)
- CardioVX (IDM, troubles du rythme, insuffisance cardiaque)

G. Causes neurologiques

Épilepsie, tumeurs cérébrales, abcès cérébraux, traumatismes crâniens, SEP.

H. Causes psychiatriques

Les psychoses du post partum, les situations de stress intense (guerres, grandes catastrophes), les privations sensorielles.

I. Etiologies complexes

Les confusions postopératoires et les brûlures étendues.

Facteurs prédisposant (âge sup à 65 ans, les antécédents pathologiques, la prise de toxique)

V. Diagnostic différentiel

- Les démences (TNCM)
- Troubles psychotiques
- Trouble bipolaire avec caractéristique psychotiques
- Troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques
- Trouble stress aigu

VI. Evolution

Le trouble est transitoire et peut s'amender en quelques heures à quelques jours, rarement en quelques semaines.

Cependant, c'est la gravité de la cause sous-jacente qui va déterminer le pronostic.

Il existe plusieurs modalités évolutives :

- Guérison sans séquelles avec amnésie de l'épisode critique.
- Séquelles transitoires : idées fixes post-oniriques, qui peuvent évoluer vers une organisation psychotique plus durable.
- Si le trouble cérébral sous-jacent persiste : détérioration intellectuelle chronique vers une organisation démentielle.
- Les récurrences avec survenue cyclique d'accès confusionnels.

VII. Traitement

A. L'hospitalisation :

Est nécessaire chez tout patient présentant un état confusionnel. Elle permet de réaliser le bilan étiologique, d'assurer une surveillance clinique adaptée, de mettre en route le traitement symptomatique et par la suite le traitement étiologique.

B. La prise en charge initiale

- Consiste à sécuriser, réassurer le patient tout en réalisant le bilan étiologique.
- Le patient est maintenu dans une chambre éclairée et sécurisée (bloquer les fenêtres, retirer les objets potentiellement dangereux)
- La contention mécanique est évitée, elle majore l'agitation.

- Évaluer le retentissement somatique par un examen clinique systématique, un bilan et un ECG.
- Corriger les troubles hydro-électrolytiques : en fonction de l'ionogramme avec hydratation (3-6 L/24h), par voie orale et si nécessaire par sonde gastrique ou par voie parentérale.
- Le traitement sédatif, en cas d'anxiété et d'agitation : carbamates (Equanil : 400-800 IM) ; benzodiazépine (Tranxene : 20-50 IM).
- Les antipsychotiques seront employés devant l'onirisme avec délire et hallucinations : Loxapine (Loxapac : 100 – 200 mg/24h) ; Risperidone (Risperdal : 1- 4 mg /24h) ; Haloperidol (Haldol : 5 – 10 mg/24h).
- Vu la majoration vespérale des troubles, 50% de la dose sera administrée le soir.
- Tenir compte du terrain : réduire les posologies chez les patients âgés ou porteurs de pathologies cardiaques, rénales ou hépatiques.

C. Traitement étiologique

Est fonction de la cause sous-jacente.

En raison de leur fréquence, les causes infectieuses et toxiques seront recherchées en 1^{er}.