

Conduite à tenir devant une confusion mentale

PLAN DU COUR :

- I. Introduction Définition
- II. L'intérêt de la question
- III. Etude clinique
- IV. Formes cliniques
- V. Diagnostic différentiel
- VI. Démarche diagnostique (bilan d'une confusion mentale)
- VII. Evolution
- VIII. Traitement

I. Introduction Définition :

La confusion mentale « CM » est une urgence médico-psychiatrique, c'est une psychose aiguë réalisant un syndrome non spécifique caractérisé par une obnubilation de la conscience avec atteinte de la vigilance, délire onirique et troubles somatiques, secondaire à une atteinte cérébrale le plus souvent réversible.

Le pronostic est fonction de la gravité de l'étiologie et de l'absence de diagnostic et de traitement précoce car la CM est un état transitoire et réversible. POUR le DSM5 le delirium est caractérisé par une perturbation de la conscience et une modification du fonctionnement cognitif qui s'installe en un temps court.

I. II. L'intérêt de la question

- réside dans L'urgence médico-psychiatrique.
- La multiplicité des étiologies.

III. Etude clinique :

A. Début :

L'installation du trouble se fait rapidement après une phase prodromique faite de :

- 1-Céphalées intenses, pénibles et apparaissant souvent en 1er.
- 2-Insomnie avec agitation nocturne et cauchemars.
- 3-Anorexie.
- 4-Fatigabilité physique.
- 5-Fluctuation de l'humeur avec irritabilité, surexcitation ou dépression.

B. La phase d'état se traduit par :

1-**La présentation** : Le sujet présente un égarement, hébétude, regard lointain et hagard, physionomie figée, , maladresse, incurie et pauvreté du langage.

2-**Le comportement**: Incohérent avec stupeur (ralentissement psychomoteur), agitation désorganisée avec tendance à la fuite ou actes auto ou hétéro-agressifs.

3-**Les signes psychiques:**

a. Confusion intellectuelle :

Obnubilation, (désorientation temporo-spatiale avec fausse reconnaissance, trouble de concentration, trouble du jugement et de l'attention.)

Troubles mnésiques rétrograde et antérograde parfois une fabulation.

b. Délire onirique ou rêve de Regis : C'est un état de rêve pathologique avec une succession 'hallucinations visuelles réalisant une série d'images discontinues ou un enchaînement scénique avec une thématique multiple (préoccupation professionnelle, thématique terrifiante, mystique ou érotique), évoluant par vagues pendant la journée avec aggravation nyctémérale et dans l'obscurité. C'est un délire vécu et le malade s'y engage vivement et y adhère (délire agi)

4-**Les signes somatiques** : De type

- a. Altération de l'état général.
- b. Déshydratation (liée à la fièvre et/ou à l'anorexie.)
- c. Troubles neurologiques non-spécifiques de localisation ou signes en foyer (céphalées, tremblements, raideur méningée)
- d. Troubles neurovégétatifs (HTA)
- e. Troubles du sommeil (inversion du cycle veille-sommeil, insomnie)

d'endormissement, cauchemars, etc.)

IV. Formes cliniques :

a-La forme stuporeuse pure (Dg ≠ Mélancolie et Catatonie.)

b-La forme onirique pure (Dg ≠ BD.)

c- Le syndrome confusionnel malin ou délire aigu (mortel.)

d- La forme agitée.

e- La forme alcoolique ou syndrome de Korsakoff.

f- La forme du sujet âgé (doit faire rechercher une affection sous-jacente.)

V. Diagnostic différentiel :

1/ Syndrome démentiel.

2/ Mélancolie stuporeuse.

3/ Manie agitée.

4/ Bouffée délirante.

5/ Episode catatonique aigu.

6/ Epilepsie temporale.

7/ Tumeurs frontales.

VI-démarche diagnostique (bilan d'une confusion mentale) :

Une fois le diagnostic de CM posé, un bilan clinique et paraclinique est entamé dans un service de médecine. La collaboration entre les équipes médicales et psychiatriques est souvent nécessaire dans les grands états d'agitation pour mener la double démarche thérapeutique (étiologique et symptomatique.)

A- l'interrogatoire de l'entourage : Apprécie

1-Le mode de début, brutal ou progressif.

2-Les antécédents toxiques et médicamenteux.

3-L'existence d'un facteur déclenchant (choc émotionnel, etc.)

4-L'existence d'une carence nutritionnelle ou vitaminique.

5-L'exposition à un risque professionnel.

B- l'examen clinique: Doit être complet avec courbe de la température, TA, poids, examen infectieux, endocrinien et neurologique (signes de localisation.)

C- les examens paracliniques:

En urgence, le 1er bilan recherche les anomalies dont la correction doit être

immédiate

- 1) Glycémie (hypoglycémie, coma hyperosmolaire.)
- 2) Ionogramme sanguin (hyponatrémie, hypercalcémie.)
- 3) Urémie et Créatininémie (insuffisance rénale.)

En 2e temps

- 4) Ionogramme urinaire.
- 5) Diurèse horaire et des 24hrs.
- 6) FNS + VS.
- 7) Recherche de toxiques et Alcoolémie.
- 8) Radiographie du thorax.
- 9) ECBU, hémocultures et PL (si fièvre.)

Selon le contexte :

- 10) Gazométrie du sang.
- 11) Fond d'œil.
- 12) EEG.
- 13) Radiographie du crâne.
- 14) TDM cérébrale.
- 15) Bilan hépatique, etc.

D. **diagnostic étiologique :**

1/ Causes infectieuses:

• **Bactériennes :**

- 1-Septicémies.
- 2-Pneumonies.
- 3-Fièvre typhoïde.
- 4-Méningites.
- 5-Choc toxi-infectieux.

• **Virales :**

- 1-Encéphalite.

• **Parasitaires :**

- 1-Paludisme.

2-Toxoplasmose.

2/ Causes toxiques :

- Syndrome de sevrage à l'alcool, Barbituriques et Anxiolytiques.
- Abus de substances psychoactives (alcool, amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, solvants, éther.)
- Intoxication médicamenteuse (psychotropes, corticoïdes, antiparkinsoniens, hypoglycémiants, INH, digitaliques, anticholinergiques.)
- Intoxication alimentaire accidentelle(champignon.)
- Intoxication professionnelle accidentelle (monoxyde de carbone, bromure de méthyle, insecticides, pesticides, mercure, plomb.)

3/ Causes métaboliques :

- Hypoglycémie.
- Troubles hydroélectrolytiques.
- Acidose.
- Alcalose.
- Insuffisance hépatique.
- Insuffisance rénale.

4/ Causes neurologiques et cérébrales :

- Traumatismes cérébraux (plaies et contusions cérébrales, hématome extra ou sous-dural.)
- Hémorragie méningée ou cérébrale.
- Accidents ischémiques (AVC)
- Œdèmes, phlébite et hydrocéphalie.
- Tumeurs cérébrales.
- Syndromes paranéoplasiques (Syndrome de Schwartz Barter =rétention hydrique+hypervolémie+hypersécrétion d'un carcinomebronchique)
- Epilepsie (confusion post-critique et état de mal comitial.)

5/ Causes endocriniennes :

- Hypothyroïdie.

- Hyperthyroïdie (maladie de Basedow.)
- Hyperparathyroïdie.
- Insuffisance surrénalienne (maladie de Cushing.)
- Pan hypopituitarisme.

6/ Causes nutritionnelles :

- Hypovitaminose B1, B6 et PP.

7/Causes chirurgicales :

- Confusion post-opératoire.
- Coups de chaleurs.
- Brûlures étendues.

8/ Causes psychiatriques :

- Stress psychique intense.
- Manie et dépression confuses.
- Psychose délirante aiguë confuse.
- Catatonie.

VII-Evolution :

- L'évolution spontanée se fait vers la guérison sans séquelles. Cette guérison peut être brusque ou passer par une phase dite de réveil pendant laquelle le malade reste suspendu entre son délire onirique et la réalité. Dans les formes graves d'alcoolisme chronique, il peut y avoir persistance d'idées fixes post-oniriques pendant plusieurs mois. L'évolution se fait parfois vers la chronicité, surtout dans les débuts de démence. L'évolution peut se faire vers la mort en cas de délire aigu.

VIII-Traitement (conduite à tenir devant un état confusionnel) : Le syndrome confusionnel est une urgence médicale Hospitalisation immédiate aux urgences médicales pour bilan étiologique et instauration d'un traitement symptomatique puis étiologique

- Traitement symptomatique avec

1/ Nursing ou maternage par l'équipe de soin, basé sur :

- Le maintien d'un contact rassurant avec explication claire de tout geste entrepris, de préférence par le même personnel soignant.
- Installer le malade dans une chambre semi-éclairée en permanence et verrouillée.
- Eviter de laisser le malade seul.
- Eviter la contention physique.
- Retirer les objets dangereux.
- Prévenir les escarres par mobilisation du malade.
- Lavage quotidien de la bouche, soins dentaires, oculaires.

2/ Correction des désordres hydroélectrolytiques et métaboliques.

- Réhydratation, de préférence par voie orale avec 4 à 6 L de boissons/jr, riches en sucre et sels minéraux (jus de fruits, tisane, bouillon de légume, etc.) En cas d'agitation, s'aider d'un Neuroleptique sédatif et passer à la voie IV en perfusant du sérum glucosé à 5%, 500 cc + 2 g de NaCl + 1 g de KCl à répéter 8 à 10 fois/jr.
- Apport vitaminique chez l'alcoolique, B1 à 1 g/jr et B6 à 500 mg/jr en IM ou IV.

3/ Arrêt de tout traitement antérieur.

4/Traitement sédatif par les Neuroleptiques :

- Si agitation largactil en IM,
- En cas de forme onirique, Haldol® (Halopéridol), 15 à 30 mg/jr en solution (per-os) ou en IM.
- Traitement étiologique, entrepris le plus rapidement possible, dès que la cause est identifiée
- Antibiothérapie si syndrome infectieux.
- Correction des troubles métaboliques si troubles endocriniens.
- Arrêt des toxiques si toxicomanie.
- Diurèse osmolaire si intoxication.
- Traitement neurologique si épilepsie.

- Neurochirurgie si tumeur ou traumatisme crânien.