Insuffisance cérébrale aiguë

Syndrome confusionnel chez les personnes âgées

Dr méd. Markus Baumgartner

Clienia Schlössli AG, Psychiatriezentrum Wetzikon, Zentrum für Alterspsychiatrie

Le syndrome confusionnel est un syndrome neuropsychiatrique qui survient de manière aiguë, fluctue au cours de la journée et se caractérise par un trouble de l'attention et de la cognition. Il s'accompagne souvent de troubles comportementaux. Bien que le syndrome confusionnel soit fréquent et associé à une morbidité et une mortalité accrues, il passe bien souvent inaperçu. Il constitue pourtant une urgence médicale. La priorité absolue doit être donnée à la détermination immédiate de la cause et au traitement causal.

Introduction

Le syndrome confusionnel est un sujet à la fois d'actualité et très ancien. Il est d'une part d'actualité dans la mesure où il est très fréquent chez les personnes âgées [1, 2], passe souvent inaperçu [3] et est associé à une morbidité et une mortalité accrues [4], ainsi qu'à la dégradation d'un déficit cognitif préexistant [5]. D'autre part, il est très ancien car on en retrouve des descriptions remontant à l'antiquité (du latin «de lira ire» = sortir du chemin) [6].

Au fil du temps, la liste des termes décrivant le syndrome confusionnel n'a cessé de s'allonger. On peut citer par exemple l'«état confusionnel aigu», le «type de réaction exogène aiguë de Bonhoeffer», la «psychose organique aiguë» et la «psychose réactive brève».

C'est seulement avec l'introduction des systèmes de classification actuellement usités, à savoir la Classification internationale des maladies CIM-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé [7] et le DSM-IV (Diagnostic Manual of Mental Disorders) de l'*American Psychiatric Association* [8], que la profusion de termes a été remplacée par la désignation consensuelle de «syndrome confusionnel». Le DSM-IV a été remplacé en 2013 par le DSM-V [9].

Markus Baumgartner

Epidémiologie

Le syndrome confusionnel fait partie des affections psychiatriques les plus fréquentes, se manifeste principalement après 65 ans et augmente avec l'âge. Alors que la prévalence n'est que de 1–2% dans la population générale, 1 personne sur 6 est touchée au-delà de 85 ans [1]. La prévalence la plus élevée est retrouvée chez les patients hospitalisés en soins aigus: au moins 1 patient

sur 5 souffre de syndrome confusionnel [10], et cette proportion grimpe à 30% des cas chez les patients de plus de 65 ans [2]. Les populations présentant une incidence particulièrement élevée au cours des hospitalisations somatiques aiguës sont les patients de plus de 65 ans récemment opérés et les patients en soins intensifs (avec des taux allant respectivement jusqu'à 50% et jusqu'à plus de 80%) [11, 12].

Bien que la majorité des syndromes confusionnels se soldent par une rémission complète, environ un tiers de l'ensemble des patients affichent des déficits cognitifs persistants, par ex. au niveau des fonctions exécutives, en particulier en cas de détérioration cognitive préexis-

tante [5]. Parmi les autres conséquences fréquentes de cette affection figurent des taux de mortalité à court et moyen terme considérablement élevés [4], des complications telles que la pneumonie, des chutes ou une dégradation des fonctions du quotidien, ainsi que des taux accrus de placement en institution [2, 10].

Signes cliniques

Selon le DSM-V [9] et la CIM-10 [7], les principaux symptômes obligatoirement présents en cas de syndrome confusionnel sont:

1. Trouble de l'attention
2. Trouble cognitif
3. Apparition aiguë et évolution fluctuante.

Les troubles de l'attention désignent une capacité limitée à focaliser son attention, à la conserver ou à la transférer. Les patients sont facilement distraits et ont des difficultés à tenir une conversation. Le trouble de l'attention constitue le principal symptôme du syndrome confusionnel.
Les altérations des fonctions cognitives et perceptives regroupent en particulier les troubles de la mémoire à court terme, la désorientation (avant tout temporelle) et les troubles de la perception, tels que les illusions et les hallucinations (avant tout visuelles).
Le syndrome confusionnel se développe généralement en l'espace de quelques heures à quelques jours et présente habituellement une alternance des symptômes au cours de la journée. Souvent, l'état se détériore le soir et la nuit.
La majorité des patients présentent des troubles sommeil/veille [13]; les anomalies psychomotrices sont également très courantes. Dans la pratique clinique, la classification des syndromes confusionnels en fonction du sous-type psychomoteur s'est également établie, faisant la distinction entre syndrome confusionnel hyperactif, syndrome confusionnel hypoactif et formes mixtes [14]. Pour ce qui est de la forme hyperactive, l'agitation, une motricité accrue avec déambulation et un comportement impatient et parfois agressif se trouvent au premier plan. La forme hypoactive, fréquente chez les personnes âgées, se caractérise par un ralentissement et une réduction de l'activité avec comportement calme, indifférent, voire apathique. Un syndrome confusionnel aux caractéristiques hypoactives passe souvent inaperçu, ou bien est pris pour un état dépressif [15]. En ce qui concerne la forme mixte, globalement la plus fréquente, les symptômes hyper- et hypoactifs s'alternent [16].

Le syndrome confusionnel ne représente pas une entité pathologique propre, mais un complexe de symptômes d'intensité variable en fonction du caractère aigu ou non de l'affection. Ainsi, chez les personnes âgées, le syndrome confusionnel est souvent le premier et l'unique signe d'une maladie grave telle que la pneumonie, le sepsis ou l'infarctus du myocarde [17].
A la différence du DSM-V, la CIM-10 exige la présence supplémentaire d'un trouble psychomoteur, d'un trouble du rythme sommeil/veille et d'un trouble affectif pour la pose du diagnostic définitif. La classification selon la CIM-10 est donc plus stricte, et comparativement au DSM-V, le diagnostic de syndrome confusionnel est posé chez moins de patients [18]. Dans la littérature scientifique, ce sont les critères DSM qui sont utilisés en tant que critères diagnostiques standards.

Physiopathologie

A ce jour, la physiopathologie du syndrome confusionnel n'est que partiellement élucidée. Trois hypothèses se trouvent actuellement au premier plan: la dysfonction neuronale induite directement (par ex. par une hypoxémie ou une hyponatrémie), l'inflammation (neuro-inflammation causée par une inflammation systémique suite à une infection, un traumatisme ou une opération) et le stress (réaction à un stress physique ou psychique aigu). Une voie finale commune est ici supposée, avec un déséquilibre des neurotransmetteurs, notamment une carence en acétylcholine et un excès en dopamine [4].

Facteurs de risque et étiologie

Compte tenu de la manifestation du syndrome confusionnel, une distinction est faite entre les facteurs prédisposants et les facteurs déclencheurs. Un âge plus élevé (>65 ans) et la présence d'un déficit cognitif constituent les deux principaux facteurs de risque. Les autres facteurs de risque fréquents incluent les antécédents de syndrome confusionnel, une charge de morbidité somatique élevée, un déficit sensoriel, l'abus d'alcool et la dépression [19]. Les facteurs déclencheurs typiques d'un syndrome confusionnel, tels que les infections ou les médicaments à effet hallucinogène délirant, sont présentés dans le tableau 1. Le syndrome confusionnel chez les personnes âgées est généralement multifactoriel et repose sur l'interaction de facteurs prédisposants et déclencheurs [4].

Diagnostic

Le diagnostic d'un syndrome confusionnel est en principe clinique. L'anamnèse recueillie auprès des proches revêt une importance particulière car elle peut apporter des indications précieuses relatives au début (en

Tableau 1: Facteurs déclencheurs du syndrome confusionnel (adapté de [11]).

Maladies systémiques
Infection (par ex. infection urinaire, pneumonie)
Troubles métaboliques (par ex. hyponatrémie, hypoglycémie)
Déshydratation
Hypoxémie (par ex. insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire)
Autres: anémie, douleurs, constipation, sonde urinaire
Maladies du système nerveux central
Accident vasculaire cérébral
Hémorragie intracrânienne
Méningite, encéphalite
Crise épileptique
Opérations
Médicaments hallucinogènes délirants
Médicaments anticholinergiques (par ex. antidépresseurs tricycliques, scopolamine)
Benzodiazépines
Médicaments dopaminergiques (par ex. agonistes de la dopamine, L-DOPA)
Antalgiques opiacés
Sevrage alcoolique/des benzodiazépines

quelques heures ou jours) et à l'évolution (alternance des symptômes au cours de la journée) de l'affection.

Tests cognitifs

Les troubles de l'attention, de l'orientation et de la mémoire sont objectivables à l'aide de tests cognitifs simples.

Le test «Months Backwards» (réciter les mois à l'envers) a fait ses preuves en matière de vérification de l'attention [20]. Lors de ce test, une erreur est tolérée. Il est également possible de faire réciter les jours de la semaine à l'envers (aucune erreur tolérée) ou les chiffres de 20 à 1 (aucune erreur tolérée).

Outre l'exploration de l'orientation temporelle, spatiale, situationnelle et autopsychique, il convient de tester la mémoire à court terme (capacité de rétention et mémoire de travail). La capacité de rétention peut être vérifiée grâce au test de 3 mots (résultat normal = mention immédiate des trois mots qui viennent d'être nommés), la mémoire de travail grâce au test de type «Backward Digit Span» (répétition de chiffres à rebours; résultat normal = répétition correcte d'au moins trois chiffres dans l'ordre inverse).

C'est le dialogue qui révèle si la pensée est structurée, logique et cohérente. En outre, il convient de surveiller l'apparition de signes évocateurs d'hallucinations visuelles.

Détermination de la cause

Lorsque le diagnostic est posé, il convient de rechercher les causes [21]. Lors de l'anamnèse, il est nécessaire de rechercher avant tout la présence d'un trouble cognitif déjà connu ou de démence et de se renseigner sur une éventuelle maladie physique sous-jacente connue, de même que sur la médication actuelle et un éventuel déficit visuel et/ou auditif. Un examen physico-neurologique (par ex. recherche d'un déficit neurologique focal, d'anomalies pulmonaires, de signes de décompensation cardiaque), des analyses de laboratoire (protéine C réactive, hémogramme, transaminases, créatinine, électrolytes, glucose, TSH) incluant une analyse d'urine et un ECG doivent obligatoirement être réalisés lors de la détermination des causes. En fonction de la suspicion, d'autres examens sont réalisés, tels qu'une radiographie thoracique, un examen d'imagerie cérébrale, une électro-encéphalographie ou une ponction lombaire.

Diagnostic différentiel

Au premier plan des considérations en matière de diagnostic différentiel se trouve la différenciation vis-à-vis de la démence. Il convient ici de noter que plus de la moitié des syndromes confusionnels surviennent chez des patients atteints de démence [3]. A première vue, la distinction entre syndrome confusionnel et démence peut s'avérer très compliquée. Par conséquent, en cas de doute, et en raison de la nécessité de soins aigus en cas de syndrome confusionnel, il convient de partir du principe qu'il s'agit d'un syndrome confusionnel. Une caractéristique essentielle pour la différenciation est le développement temporel: alors que le syndrome confusionnel survient de manière aiguë, la démence a généralement une évolution progressive lente. En cas de démence de type Alzheimer, qui représente plus de la moitié de l'ensemble des cas de démence, l'attention reste pendant longtemps très peu impactée, il n'y a généralement aucune fluctuation et il ne faut pas s'attendre à des intervalles asymptomatiques. La démence à corps de Lewy présente d'importantes similitudes avec le syndrome confusionnel et se caractérise justement par un trouble de l'attention et des fluctuations cognitives, souvent accompagnées d'hallucinations visuelles [22]. Il en est de même pour le trouble psychotique aigu polymorphe, qui survient toutefois avant tout à un âge plus jeune. Le syndrome confusionnel hypoactif doit être différencié de la dépression, qui est pour sa part souvent associée à des troubles cognitifs.

Prévention et traitement

La prévention représente l'intervention la plus importante. Elle se concentre sur le groupe des patients à risque [21]. Il existe de bonnes preuves en faveur du

Correspondance:
Dr méd. Markus Baumgartner, MAS MHC
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie
Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie
Mitglied der FMH
Clienia Schlössli AG
Psychiatriezentrum Wetzikon
Bahnhofstrasse 196
CH-8620 Wetzikon
markus.baumgartner[at]clienia.ch
www.clienia.ch

Tableau 2: Pharmacothérapie (adapté de [4, 11]).

Principe actif	Dosage	Particularités
Antipsychotiques typiques		
Halopéridol	0,5–1 mg par voie orale, 2×/j. ou toutes les 4 h	Effets indésirables: symptômes extrapyramidaux, surtout en cas de dose >3 mg/j., allongement de l'intervalle QTc
Antipsychotiques atypiques		
Rispéridone	0,5 mg par voie orale, 2×/j.	Effets indésirables: symptômes extrapyramidaux, allongement de l'intervalle QTc
Olanzapine	2,5–5 mg par voie orale, 1×/j.	Effets indésirables: symptômes extrapyramidaux, allongement de l'intervalle QTc
Quétiapine	25 mg par voie orale, 2×/j.	Effets indésirables: allongement de l'intervalle QTc
		Médicament de 1er choix en cas de maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy
Benzodiazépines		
Lorazépam	0,5–1 mg par voie orale, si besoin toutes les 4 h	Médicament de 2e choix, excepté en cas de syndrome confusionnel de sevrage
		Attention: effet hallucinogène délirant, hypersédation

recours à des interventions non pharmacologiques à composantes multiples [23, 24]. Celles-ci comprennent:

- l'établissement d'aides pour l'orientation (par ex. montre analogique, calendrier, photos de personnes de confiance, objets personnels, veilleuse, positionnement avec le buste surélevé afin de mieux s'orienter dans l'espace);
- l'amélioration de la perception et de la communication par la mise à disposition de lunettes et d'appareils auditifs;
- l'implication des proches;
- un apport hydrique suffisant;
- une prise en charge suffisante des douleurs;
- la mise en place de mesures non pharmacologiques pour faciliter le sommeil (par ex. environnement calme, musique relaxante);
- la favorisation de la mobilité [23, 25, 26].

Selon une méta-analyse actuelle incluant 11 études interventionnelles en milieu hospitalier, ces mesures permettent de réduire de moitié le risque de syndrome confusionnel [24].

Si un syndrome confusionnel est déjà présent, le traitement causal a la plus grande priorité (par ex. antibiothérapie en cas de pneumonie, arrêt des médicaments hallucinogènes délirants) et une hospitalisation en soins aigus doit être envisagée. Par analogie avec la prévention, les interventions non pharmacologiques entrent en jeu dans le sens d'un traitement symptomatique.

Par le passé, l'efficacité des médicaments dans le traitement du syndrome confusionnel a été surestimée. A ce jour, l'évidence relative à l'administration d'antipsychotiques pour le traitement symptomatique n'est pas assez solide pour formuler une recommandation générale [27–29]. L'utilisation des antipsychotiques est toutefois indiquée lorsque l'effet des mesures causales non pharmacologiques est insuffisant, que des troubles comportementaux associés au syndrome confusionnel tels qu'agitation, symptômes psychotiques et mise en danger de soi-même ou d'autrui sont présents, ou que le traitement somatique est entravé (par ex. retrait de cathéters, auto-extubation) [19, 27]. Il s'agit là d'une utilisation «off label» qui doit s'effectuer sous contrôle ECG (attention: allongement de l'intervalle QTc) et généralement seulement pendant quelques jours et à faible dose (par ex. halopéridol 3 × 0,5 mg/jour) (tab. 2) [11, 30]. L'administration de benzodiazépines doit si possible être évitée, car ces médicaments ont un potentiel effet hallucinogène délirant. En cas de «delirium tremens», les benzodiazépines restent toutefois le médicament de choix.

L'essentiel pour la pratique

- Le syndrome confusionnel est un trouble de l'attention et de la cognition de survenue aiguë, souvent accompagné de troubles comportementaux et fluctuant au cours de la journée.
- Le trouble de l'attention représente le principal symptôme du syndrome confusionnel.
- Le syndrome confusionnel est associé à une morbidité et une mortalité accrues.
- Environ un tiers de l'ensemble des patients présentent des déficits cognitifs persistants après la disparition du syndrome confusionnel.
- Les principaux facteurs de risque sont un âge ≥65 ans et la présence d'une démence.
- Un syndrome confusionnel constitue une urgence médicale. Une détermination immédiate de la cause et un traitement causal ont la priorité absolue.
- La prévention, le traitement causal et les stratégies non pharmacologiques (par ex. établissement d'aides pour l'orientation telles que montre analogique ou veilleuse) représentent les interventions les plus efficaces.
- La pharmacothérapie symptomatique au moyen d'antipsychotiques est indiquée en cas d'agitation, de symptômes psychotiques ainsi que de mise en danger de soi-même ou d'autrui.

Disclosure statement
L'auteur n'a pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Crédit photo
Photo p. 832: © Cathy Laska | Dreamstime.com

Références
La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

Références

1 Andrew MK, Freter SH, Rockwood K. Prevalence and outcomes of delirium in community and non-acute care settings in people without dementia: a report from the Canadian Study of Health and Aging. BMC Med. 2006;4:15.
2 Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age Ageing. 2006;35:350–64.
3 Cole MG. Delirium in elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry. 2004;12:7–12.
4 Fong TG. Tulebaev SR, Inouye SK: Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol. 2009;5:210–20.
5 Mc Cusker J, Cole M, Dendukuri N, Belzile E, Primeau F. Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. CMAJ. 2001;165:575–83.
6 Lindesay J. The Concept of delirium. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999;10:310–14.
7 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. World Health Organization (WHO), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Aufl. Bern; Hans Huber: 2014.
8 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV) Washington DC; APA: 1994.
9 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed (DSM-5) Washington DC; APA: 2013.
10 Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. J Gen Intern Med. 1998;13:234–42.
11 Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006;354:1157–65.
12 Pisani MA, McNicoll L, Inouye SK. Cognitive impairment in the intensive care unit. Clin Chest Med. 2003;24:727–37.
13 Meagher DJ, Moran M, Bangaru R, et al. Phenomenology of delirium: Assessment of 100 adult cases using standardised measures. Br J Psychiatry. 2007;190:135–41.
14 O´Keeffe ST. Clinical subtypes of delirium in the elderly. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999;10:380–5.
15 Stagno D, Gibson C, Breitbart W. The delirium subtypes: a review of prevalence, phenomenology, pathophysiology, and treatment response. Palliat Support Care. 2004;2:171–9.
16 Meagher D. Motor subtypes of delirium: past, present and future. Int Rev Psychiatry. 2009;21:59–73.
17 Reischies FM, Diefenbacher A. Delirium in general hospital inpatients: German developments. Adv Psychosom Med. 2004;26:128–36.
18 Laurila JV, Pitkälä KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Impact of different diagnostic criteria on prognosis of delirium. Dement Geriatr Cogn Disord. 2004;18:240–4.
19 Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383:911–22.
20 Stillman MJ, Rybicki LA: The Bedside Confusion Scale: development of a portable bedside test for confusion and its application to the palliative medicine population. J Palliat Med. 2000;3:449–56.
21 Michaud L, Büla C, Berney A, et al. Delirium: Guidelines for general hospitals. J Psychosom Res. 2007;62:371–83.
22 McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. Neurology. 2005;65:1863–872.
23 Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med. 1999;340:669–76.
24 Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. JAMA Intern Med. 2015;175:512–20.
25 Hasemann W, Hafner M, Kressig RW, Spirig R. Delirprävention – das Basler Modell. Therapeutische Umschau. 2010;67:95–9.
26 Marcantonio ER, Flacker JM, Wright J, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. J Am Geriatr Soc. 2001;49:516–22.
27 Flaherty JH, Gonzales JP, Dong B. Antipsychotics in the treatment of delirium in older hospitalized adults: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2011;59:269–76.
28 Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. Cochrane Database Syst Rev 2007: CD005594.
29 Lacasse H, Perreault MM, Williamson DR. Systematic review of antipsychotics for the treatment of hospital-associated delirium in medically or surgically ill patients. Ann Pharmacother. 2006;40:1966–73.
30 National Institute for Clinical Excellence (NICE). Delirium: diagnosis, prevention and management. Clinical Guideline 2010. http://www.nice.org.uk/guidance.