

Philippe Chassagne
Laurent Druesne
Caroline Bentot, Nadir Kadri

La confusion mentale chez les sujets âgés

Key points

Mental confusion in the elderly

- **The prevalence of delirium** in hospitalized patients aged 80 years or older ranges from 35 to 50%.
- **Its onset is acute**, recovery is erratic, and the principal differential diagnosis is dementia. Hypoactive confusion is a clinical form that should not be ignored.
- **Prognosis is severe** with impairments in activities of daily living and high mortality.
- **Risk factors are** age (older than 80 years), dementia, sensory impairments, dehydration, sleep deprivation and immobility.
- **Initial treatment** must focus on identifying the cause of the delirium.
- **Primary nonpharmacological prevention** in subjects at risk is possible and effective.

P. Chassagne, L. Druesne, C. Bentot, N. Kadri
Presse Med 2005; 34: 863-8 © 2005, Masson, Paris

État confusionnel, *delirium* (selon la définition anglo-saxonne) ou confusion sont des synonymes qui traduisent un désordre psychique aigu relevant d'une ou plusieurs causes. Il convient toujours d'en faire, en urgence, le diagnostic. La confusion est un symptôme fréquent chez les sujets âgés. Elle est souvent le témoin initial d'une maladie sous-jacente, comme une déshydratation ou une infection. Le diagnostic précoce de confusion peut limiter les conséquences directes de ce symptôme qui peuvent être sévères, avec un risque de mortalité augmenté. Identifier précocement une confusion implique la recherche de sa (ou de ses) cause(s) qui, si elle est négligée, aura, à son tour, des conséquences pronostiques péjoratives. Une confusion qui s'inscrit ainsi dans un contexte de déshydratation chez un sujet âgé peut être le signe inaugural principal d'un désordre métabolique. Négliger le symptôme de confusion sera synonyme d'un délai préjudiciable de prise en charge de la déshydratation.

La confusion après 80 ans a fait l'objet de travaux qui ont permis, par exemple, de valider des outils de dépistage utilisables par les soignants. Ce dépistage précoce chez des sujets à risque permet une prise en charge adaptée spécifique. La prise en charge de la confusion du sujet âgé a été

Points essentiels

- **La prévalence hospitalière** de la confusion mentale après 80 ans est entre 35 et 50 %.
- **Le début est brutal**, la réversibilité inconstante et le diagnostic différentiel principal est le syndrome démentiel; la confusion hypoactive est une forme clinique à connaître.
- **Le pronostic est sévère**, avec une réduction fonctionnelle et une mortalité accrue.
- **Les facteurs de risque** sont le grand âge (plus de 80 ans), le syndrome démentiel, la privation sensorielle, la déshydratation, les troubles du sommeil, l'immobilité.
- **La prise en charge initiale** doit être centrée sur l'identification de la (ou des) cause(s).
- **Une prévention primaire** de la confusion non médicamenteuse chez les sujets à risque est possible et efficace.

développée ces dernières années, en soulignant les bénéfices d'une approche thérapeutique pluridisciplinaire, non médicamenteuse, de première intention.

Chiffres, conséquences et pronostic

■ **La prévalence du syndrome confusionnel** s'établit entre 14 et 56 % chez les sujets âgés de plus de 80 ans hospitalisés^{1,2}. La fréquence de la confusion augmente avec le vieillissement. La prévalence de la confusion est encore supérieure, atteignant 61,3 % chez les sujets âgés hospitalisés pour traitement d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). Dans la population âgée communautaire, la fréquence de la confusion est moins bien connue mais, dans une étude³, près de 25 % des sujets âgés consultant aux urgences (venant de leur domicile) avaient un syndrome clinique de confusion mentale. Si la prévalence de la confusion au cours d'une hospitalisation est élevée, l'incidence de ce symptôme est également importante. Dans les unités de soins intensifs, l'incidence de la confusion est de 31 %⁴ en chirurgie, elle est de 41 % en préopératoire et périopératoire après FESF⁵.

■ **On classe la confusion selon l'état psychomoteur**, en distinguant les confusions hypoactives, hyperactives, et les formes mixtes⁶. Les formes hypoactives sont plus difficiles à identifier. Elles sont à l'origine d'une sous-estimation globale de la fréquence de la confusion. Le diagnostic de confusion n'est pas fait dans près de deux

Service de médecine interne gériatrique, Hôpital de Boisguillaume, CHU, Rouen (76)

Correspondance: Philippe Chassagne, service de médecine interne gériatrique, Hôpital de Boisguillaume, CHU de Rouen, 76031 Rouen Cedex
Tél.: 02 32 88 90 42
Fax: 02 32 88 91 30
philippe.chassagne@chu-rouen.fr

Glossaire

ADL	<i>activity of daily living</i>
CAM	<i>confusion assessment method</i>
DI	<i>delirium index</i>
DSI	<i>delirium symptom interview</i>
FESF	fracture de l'extrémité supérieure du fémur
MDAS	<i>memorial delirium assessment scale</i>
MMSE	<i>mini mental state examination</i>

tiers de cas par les médecins⁷ et dans des proportions similaires par les infirmières. Il est indispensable de connaître les différentes formes cliniques de confusion et surtout d'identifier les formes hypoactives, plus fréquentes que les formes hyperactives. Sur plus de 700 sujets vivant en institution, âgés en moyenne de 83,7 ans, la prévalence de la confusion était de 43,9 %. La confusion était hypoactive dans 26 % des cas, hyperactive dans 22 % des cas et mixte dans 42 % des cas⁸. Dans 11 % des cas, la confusion était inclassable.

■ **Les conséquences de la confusion sont multiples:** mortalité accrue (risque relatif de 2,5, soit un taux de mortalité entre 25 et 33 %)⁹, économiques, en rapport avec l'allongement de la durée de séjour du malade et la gestion des complications comme la survenue d'infections nosocomiales. Son coût annuel en 1994 a été estimé à 4 milliards de dollars US¹⁰. La confusion est un motif fréquent d'admission ultérieure en institution^{11,12}.

■ **Outre ces indicateurs épidémiologiques,** la confusion, en particulier au décours d'une FESF, est un élément déterminant de la qualité de récupération fonctionnelle à distance de l'intervention. Dans une étude prospective américaine, menée dans une cohorte de 126 malades (âge moyen: 79 ans), hospitalisés pour FESF, la survenue d'une confusion périopératoire d'une part et sa persistance au moins pendant 1 mois d'autre part, étaient des éléments significatifs et indépendants (analyse covariée de l'âge, de l'état cognitif et de la comorbidité) associés à une réduction fonctionnelle globale appréciée par la mesure de l'"Activity of Daily Living" (ADL)⁵. Le pronostic et les conséquences d'une confusion dépendent de sa forme clinique, les confu-

Encadré 1 Syndrome confusionnel Les éléments du diagnostic

Critères majeurs

- Troubles de la vigilance (ex: attention fluctuante)
- Début brutal
- Fluctuation des signes
- Troubles cognitifs (ex: désorientation, troubles de la mémoire)

Critères mineurs

- Fragmentation de la pensée
- État de perplexité
- Altérations sensorielles
- Troubles du comportement (ex: agitation, léthargie)
- Troubles émotionnels (ex: irritabilité)
- Troubles neurovégétatifs

sions hypoactives pouvant être les plus sévères. Elles sont, en effet, méconnues, diagnostiquées et traitées avec retard. Elles sont à l'origine d'hospitalisations prolongées, plus coûteuses et qui exposent le malade aux pathologies nosocomiales¹⁵.

Diagnostic et outils de dépistage

■ **La sémiologie de la confusion est riche et polymorphe.** Les critères diagnostiques principaux figurent dans l'encadré 1. Pour faire le diagnostic de confusion avec certitude, on peut utiliser les critères édités dans le DSM-IV¹⁴ (tableau 1). Le point clé du diagnostic est l'af-

Tableau 1

Critères diagnostiques de confusion mentale du DSM-IV

Critères diagnostiques	Définition
A – Perturbation de la conscience	- Réduction d'une prise de conscience claire de l'environnement - Diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention
B – Modification du fonctionnement: - cognitif - perceptif	- Déficit de la mémoire - Désorientation - Perturbation du langage
C – Installation brutale de la perturbation et évolution fluctuante	- De quelques heures à quelques jours
D – Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou les examens complémentaires, que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'un ou plusieurs facteurs déclenchants	- Affection médicale générale avec conséquences physiologiques directes - Apparition des symptômes des critères A et B au moment de l'intoxication par une substance ou d'une utilisation de médicaments liés à la perturbation - Apparition des symptômes des critères A et B au moment d'un sevrage ou peu de temps après

Source: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. American psychiatric Association. Washington (DC) 1994; 123-33.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9303138>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9303138>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)