

## CONDUITE À TENIR DEVANT UN SYNDROME CONFUSIONNEL DU SUJET ÂGE

### Résumé

Le diagnostic de syndrome confusionnel est essentiellement clinique reposant l'existence de 3 signes cardinaux que sont

- les troubles de la vigilance,
- l'inversion du rythme veille – sommeil
- la fluctuation de la sémiologie neuropsychique dans le temps.
- parfois se rajoute un 4<sup>e</sup> signe : la brutalité du début

La démarche diagnostique repose

- d'une part sur l'évaluation des facteurs prédisposants
  - \*maladies neurologiques préexistantes
  - \*déficits neurosensoriels

-d'autre part sur la recherche des facteurs précipitants représentés en premier lieu par les affections aiguës.

Parmi les multiples étiologies, viennent en première position les pathologies :

- infectieuses,
- métaboliques
- cardiovasculaires.

Bien que l'évolution de rigueur soit la régression, le syndrome confusionnel est grave du fait :

- d'une mortalité élevée (2 à 3 fois supérieur à une population du même âge)
- d'un risque de dépendance ultérieure accrue.

Ainsi, la prise en charge par une équipe soignante formée à la gériatrie représente une urgence, les objectifs primordiaux étant

- la recherche d'une pathologie précipitante
- la prévention des complications inhérentes au syndrome confusionnel.

### GENERALITES

- La reconnaissance de troubles mentaux survenant dans le cadre d'affections somatiques remonte à Hippocrate sous le vocable de **phrenitis**. En France, le concept de **confusion mentale** est développé par Chaslin, puis Régis dès le début du siècle. En 1980, le terme anglo-saxon delirium entrainé dans la nomenclature médicale, la définition étant apportée par la publication de la troisième édition du manuel diagnostique et statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM III).
- La prévalence du syndrome confusionnel chez le vieillard hospitalisé en service de médecine générale ou en milieu chirurgical est en moyenne de 20 %, des chiffres de l'ordre de 50 % ayant été ponctuellement publiés.
- **Le syndrome confusionnel est l'expression clinique d'une décompensation cérébrale aiguë se traduisant par une altération globale, fluctuante et réversible des fonctions cognitives. Ce syndrome mental organique représente l'archétype de l'urgence gériatrique et sa prise en charge adaptée reposant principalement sur la détection puis le traitement des facteurs déclenchants permet une réversibilité habituellement complète de la symptomatologie.**

**DIAGNOSTIC DU SYNDROME CONFUSIONNEL**

-Il s'agit d'un **diagnostic purement clinique**.

-Le dysfonctionnement cérébral organique étant global, toutes les fonctions cognitives peuvent être touchées à des degrés plus ou moins variables :

- la perception
- la mémoire
- la pensée

-Cette **désorganisation globale** des fonctions d'intégration mentale est responsable d'une **séméiologie extrêmement riche et disparate regroupant en fait le catalogue complet de la séméiologie psychiatrique.**

-Si les critères proposés par le DSM – IV ont permis une clarification nosographique, ils sont difficiles à utiliser en pratique clinique courante.

-Nous proposerons plutôt une **démarche diagnostique en deux temps** amenant :

\*tout d'abord à dégager **trois constantes sémiologiques** que sont :

- les troubles de la vigilance,
- les altérations du rythme veille – sommeil
- le caractère fluctuant de l'ensemble des signes.

\*puis à décrire **l'ensemble des troubles mentaux plus ou moins constants qui atteignent**

- la perception,
- la mémoire
- la pensée

Dont la résultante habituelle consiste en des **troubles du comportement**.

**A. Les 3 signes cardinaux :**

**I. Les troubles de la vigilance** sont responsables d'un obscurcissement de la conscience que la séméiologie française traduit sous le nom d'**obnubilation**.

1. Ils entraînent des **troubles de l'attention** qui représentent un **indice diagnostique majeur**.

En pratique, le patient est incapable de maintenir ou de focaliser son attention sur des stimuli environnementaux ; il perd en outre toute possibilité de discrimination vis – à – vis des stimulations neurosensorielles, les stimulations les plus banales (lumière, bruits, mouvements) pouvant alors distraire le sujet de tout fonctionnement mental adapté. Ainsi l'examineur a du mal à capter l'attention du sujet et de la réalisation d'activités intellectuelles élémentaires (calcul, écriture) est difficile ou impossible.

2. Les troubles de l'attention sont par ailleurs directement responsables d'un déficit dans l'enregistrement des données →

- déficit amnésique antérograde**
- désorientation temporo – spatiale**

Constamment observée dans le syndrome confusionnel.

**II.L'inversion du rythme veille – sommeil** est un point constant.

Cliniquement,

\*le début de la confusion se traduira souvent par une fragmentation et une réduction du sommeil.

\*la phase d'état s'accompagne habituellement d'une hypersomnie diurne ou à un moindre degré d'un état d'hyporéactivité (Pb diag. = tiel avec dépression) diurne tandis qu'existe à l'inverse une insomnie avec agitation nocturne.

**III.La fluctuation dans le temps** est la troisième caractéristique.

Ainsi, quelque soit l'intensité des signes, ils pourront parfaitement laisser la place à des périodes de lucidité, habituellement diurnes, l'aggravation de la séméiologie étant habituellement à prédominance vespérale et nocturne.

Cette variabilité a pour conséquence de créer souvent au sein de l'équipe soignante des divergences majeures dans l'évaluation de l'état psychique du patient.

## **B. Les symptômes associés**

Ils sont extrêmement variés traduisant toute la complexité de la désorganisation mentale globale d'une personnalité unique.

**I.La désorganisation et la fragmentation de la pensée** sont responsables d'une perte de cohérence et de logique dans les cheminements intellectuels.

-Ces troubles peuvent confiner en une persévération, le sujet étant alors intoxiqué par une idée fixe plus ou moins adaptée.

-Plus grave encore est la survenue d'un délire, généralement à thème de persécution ou de préjudice systématisé.

**II.Les troubles amnésiques**, englobent un déficit

-de l'enregistrement,

-de la rétention

-de la retranscription des données.

Les troubles prédominent sur la mémoire immédiate, mais peuvent parfaitement s'étendre sur la mémoire des faits anciens.

Parallèlement, la désorientation temporo – spatiale est constante.

**III.Les anomalies de perception**, responsables d'une activité onirique parfois intense, reposent sur une distorsion des perceptions neurosensorielles responsables de troubles de reconnaissance du milieu environnant pouvant confiner à des hallucinations plus ou moins complexes.

Elles sont cependant moins fréquentes au cours du syndrome confusionnel du sujet âgé que chez l'adulte jeune dont le modèle est le delirium tremens.

L'existence d'hallucinations doit faire suspecter en premier lieu un syndrome confusionnel induit :

-par le sevrage

\*alcool,

\*benzodiazépines

-ou secondaire à une prise médicamenteuse notamment anticholinergique. **Tableau infra**

**IV. Les perturbations affectives** sont extrêmement variées, fonction entre autres de la personnalité de l'individu et de la tolérance du milieu environnant.

Il s'agit de troubles aussi divers qu'

- anxiété
- irritabilité
- agitation
- agressivité
- dépression
- apathie
- perplexité
- déambulation

L'anxiété est extrêmement fréquente et représente un véritable moteur du syndrome confusionnel, semblant parfois par sa seule présence être responsable de la pérennisation de la confusion.

**V. Les troubles du comportement résultant des troubles mentaux précédemment décrits**, peuvent osciller :

\*d'une hyper-activité : qui se traduit par l'existence de  
-stéréotypies gestuelles simples telle une activité de pliage (du drap ou des vêtements) ; dans le même cadre, une  
-déambulation sans but est fréquemment observée, souvent parallèle à un contexte anxieux majeur.

\*d'une hypo-activité : l'aspect du patient peut être figé, absent, accompagné d'une perte de l'initiative et d'un ralentissement psychomoteur important pouvant confiner jusqu'au mutisme et à l'état stuporeux.

Les troubles du comportement sont volontiers parallèles aux altérations du rythme veille – sommeil, l'agitation étant à prédominance vespérale et nocturne, pour laisser place à une inhibition motrice entrecoupée de phases de sommeil diurnes.

**VI. Des signes physiques (associés à un risque organique potentiel)**,

Témoins d'un dysfonctionnement du système nerveux végétatif peuvent accompagner le syndrome confusionnel tels :

- pâleur ou à l'inverse bouffées vasomotrices,
- mydriase ou myosis,
- tachycardie ou bradycardie,
- hypotension,
- fièvre ou hypothermie,
- troubles digestifs aussi divers que nausées, vomissements, diarrhée ou à l'inverse constipation.

L'examen neurologique pourra montrer des signes aussi variés que

- fasciculation,
- hyperréflexie,
- tremblements,
- ataxie.

-astérisis = un des signes les plus spécifiques, autrefois rattaché essentiellement au delirium tremens, il peut survenir dans tout syndrome confusionnel quelle que soit son étiologie. Flexion extension lente du poignet en aile de papillon (ancien flapping trémor)

### **ETHIOPATHOGENIE**

**Elle est totalement incertaine.**

L'absence de lésion organique cérébrale spécifique lors d'autopsie de sujets décédés en état confusionnel amène à retenir une **altération fonctionnelle prédominante au niveau cellulaire ou moléculaire**.

Celle-ci se traduit à l'électroencéphalogramme par des signes électriques corticaux diffus et non spécifiques sous forme d'un ralentissement de l'activité de fond alpha.

**L'hypothèse pathogénique communément acceptée : déficit du métabolisme cérébral oxydatif, au sein duquel le système de transmission cholinergique est particulièrement impliqué.**

En fait, les troubles de la neurotransmission dépasseraient largement le système cholinergique intéressant entre autres

- les systèmes dopaminergiques
- les systèmes GABAergiques.

Certaines hormones ou certaines lymphokines pourraient également être impliquées, comme le montre la survenue fréquente de syndromes confusionnels au cours des traitements par interféron alpha ou par l'interleukine 2.

### **FACTEURS ETHIOLOGIQUES**

Le syndrome confusionnel représente le modèle d'une démarche diagnostique gériologique. Il peut être interprété comme une **décompression cérébrale aigue secondaire à la somation de 3 types de facteurs** ; le vieillissement et les pathologies cérébrales et les facteurs aigus habituellement organiques qui vont précipiter la décompensation.

**I. La sénescence cérébrale** diminue les réserves fonctionnelles et donc la résistance aux stress ; ainsi l'incidence des états confusionnels augmente avec l'âge.

**II. Les maladies neurologiques,**

-au premier rang desquelles se situent les **démences**, représentent les facteurs de risque les plus évidents des états confusionnels. Le risque confusionnel serait multiplié par 2 ou 3 chez les sujets déments.

-La **maladie de Parkinson** est également un terrain privilégié, les traitements anti parkinsoniens étant par eux – mêmes confusogènes.

**III. Les facteurs précipitants** sont extrêmement variés et volontiers multiples (2 facteurs précipitants en moyenne par épisode confusionnel).

**1. Tout stress organique ou psycho – environnemental** peut précipiter la survenue d'un état confusionnel, tout en sachant qu'il existe un équilibre subtil entre l'intensité des facteurs déclenchants et la vulnérabilité cérébrale de l'hôte : ainsi sur un terrain fragile (présentant par exemple une démence évoluée) le facteur précipitant peut être aussi modeste que la prise ponctuelle d'un hypnotique ou la modification des habitudes de vie, tandis que chez un sujet aux fonctions cognitives préservées, la décompensation confusionnelle nécessite habituellement la survenue de pathologies organiques majeures.

**2. Les facteurs déclenchants organiques** du syndrome confusionnel sont rapportés dans le **tableau I (fin de dossier)**

**2.1. Les causes infectieuses** : 25 à 50 %

**2.2. Les troubles métaboliques** notamment les états de déshydratation...

**2.3. Les pathologies cardio-vasculaires**

-essentiellement l'insuffisance cardiaque

-les troubles du rythme

Favorisant les états de bas débit cérébral)

**2.4. Les douleurs aiguës**

-dominées par la rétenion aigüe d'urine

-fécalome

**2.5. Les facteurs iatrogènes.**

La recherche d'une étiologie organique repose sur un **examen clinique et anamnestique complet, les investigations complémentaires étant fonction des données cliniques**.

Si la réalisation systématique d'examens complémentaires nous paraît peu adaptée, nous proposons cependant, pour mémoire, la liste des investigations de première et de seconde intention habituellement admise au cours du syndrome confusionnel (**tableau II**).

**3. Les facteurs psychologiques sont fréquents,**

-parfois associés aux facteurs organiques,

-parfois seule étiologie retrouvée lorsque l'état cognitif antérieur est fragile.

-choc émotionnel

\*décès d'un proche

\*survenue d'une contrariété

\*survenue d'un simple fait aboutissant à la prise de la conscience brutale du vieillissement

-changement du cadre habituel de vie: perte des repères habituels (syndrome de « rupture d'ancrage »).

\*hospitalisation,

\*intervention chirurgicale

\*entrée en institution

### **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

- La difficulté habituelle réside dans **le diagnostic différentiel entre démence et syndrome confusionnel**, tout en sachant, comme nous l'avons vu précédemment que **l'une cohabite souvent avec l'autre**.

La mise en évidence des signes cardinaux du syndrome confusionnel est indispensable :

\*dans la démence, l'attention et la vigilance restent intactes, l'évolution n'est pas fluctuante et les troubles du sommeil sont inhabituels.

\*par ailleurs, le syndrome confusionnel est à début typiquement brutal, tandis que l'évolution démentielle est beaucoup plus progressive.

- Les caractéristiques sémiologiques proposées pour différencier le syndrome confusionnel de la démence sont floues et ce d'autant que l'anamnèse est souvent difficile à obtenir chez le sujet âgé aussi bien dément que confus.
- Ainsi, il nous semble préférable d'adopter l'attitude positive suivante: **toute aggravation apparemment aigue des capacités cognitives d'un sujet âgé doit être considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme un syndrome confusionnel** et nécessite donc une démarche diagnostique et une attitude thérapeutique actives. **Enfin, seule l'évolution régressive ou non permettra un diagnostic précis a posteriori.**

### **EVOLUTION - PRONOSTIC**

**La gravité du syndrome confusionnel en terme de dépendance comme de pronostic vital ne fait aucun doute à court terme.**

Fonction de :

-l'état cognitif antérieur du patient

-de son état général

-de la gravité de la cause déclenchante

L'évolution peut grossièrement se faire selon quatre modalités :

-la guérison,

-la mort : 25% à 1 mois, 33% à 3 mois

-la chronicisation avec évolution démentielle.

-la dépendance : 3 à 7x plus

En tout état de cause, la principale caractéristique du syndrome confusionnel réside en son déroulement sur une courte période.

-- **la régression complète** est l'évolution de rigueur, lorsque :

-le ou les facteurs précipitant sont curable

-la prise en charge est adaptée.

**Les troubles psycho cognitifs s'améliorent progressivement en quelques jours ou quelques semaines.**

**L'amnésie lacunaire définitive de l'épisode représente la séquelle habituelle.**

Parfois certaines scènes délirantes peuvent laisser à souvenir et induire alors un **véritable délire "post onirique"**.

La survenue d'un **syndrome dépressif** est possible lorsque le sujet prend brusquement conscience de la réalité de son état.

-- **la mort** est fréquente comme en témoigne des taux de mortalité en moyenne de 15 % à un mois et de 22 % à 6 mois. Ainsi, la mortalité serait deux à trois fois plus élevée que celle d'une population comparable hospitalisée en l'absence de confusion.

Cette gravité est expliquée tout aussi bien par

**-la gravité des facteurs décompensants responsables de la confusion**

**-la précarité habituelle du patient chez lequel survient l'état confusionnel.**

Par ailleurs, le syndrome confusionnel induit volontiers des **troubles métaboliques** où dominent

-déshydratation,

-dénutrition

-troubles neurovégétatifs

**Le risque de chute et de complications fracturaires est décuplé.**

Le syndrome confusionnel représente donc souvent le point de départ de la **cascade pathologique** tant redoutée chez le vieillard.

-- **l'évolution vers une véritable démence est possible.** En effet, indépendamment de l'aggravation d'un état démentiel sous-jacent, le syndrome confusionnel peut, en l'absence de traitement, évoluer au long cours vers de véritables états démentiels irréversibles

## **PRISE EN CHARGE**

### **A. elle repose tout d'abord sur une attitude préventive.**

Par exemple :

#### 1. l'hospitalisation

--non préparée dit « catastrophe » qui précipite volontiers le syndrome confusionnel doit être évité si possible.

--dans ce cadre, se situe le problème de la décision d'hospitalisation d'un patient confus, cette dernière est en source de déstabilisation supplémentaire et d'aggravation du syndrome confusionnel.

--à l'inverse, la mise en oeuvre des méthodes d'investigation visant à mettre en évidence le ou les facteurs étiologiques de même que la prise en charge thérapeutique nécessite souvent le recours au milieu hospitalier.

Ainsi, la décision devra être discutée individuellement en fonction de la mise en évidence ou non

-du facteur étiologique et de sa gravité,

-de l'importance et de la dangerosité des troubles comportementaux, de leur

retentissement somatique

-et surtout de la tolérance de l'entourage.

2. parmi les mesures préventives essentielles, soulignons la nécessité d'une utilisation aussi limitée que possible, des différentes drogues à potentialité confusiogène (tableau I).

3. le maintien d'une hydratation et de nutrition adaptée représente également une priorité chez tout sujet âgé malade ou hospitalisé.

4. prévention des hypotensions orthostatiques

5. prévention de la douleur

6. régularisation du transit intestinal est urinaire

7. arrêt de tout traitement non indispensable (sauf antidépresseurs car la dépression tue)

8. mobilisation rapide.

9. O2 systématique en post opératoire

### **B. Sur le plan curatif,**

**La démarche diagnostique (tableau 2), puis le traitement rapide du ou des facteurs déclenchants, représente l'étape essentielle.**



Dans ce cadre, le médecin doit avoir un réflexe « pharmacovigilant » systématique : **l'ensemble des drogues à potentiel confusogène (tableau I) devant être stoppé dans les plus brefs délais**

### **C. La prise en charge du syndrome confusionnel**

Repose sur une équipe soignante interdisciplinaire formée à la gériatrie : elle tend à **réassurer le patient et son entourage**.

Le « réancrage » du patient passe nécessairement par le recueil d'une **anamnèse complète, la connaissance des éléments de vie passée** constituant un bagage commun permettant des échanges adaptés entre le patient et le soignant.

**Le caractère aigu et réversible de l'affection doit rester présent à l'esprit des intervenants** qui par la même pourront adopter une technique de réassurance efficace vis-à-vis de l'entourage familial.

**L'équipe tentera d'adopter en permanence une attitude :**

- apaisante,
- sécurisante,
- tolérante
- non rejetante.

**L'apaisement se retrouvera également dans l'environnement**, le patient devant être maintenu :

- le plus calme possible,
- en chambre individuelle si possible
- en évitant toute contention.

**Le contact avec la réalité devra être stimulé en n'omettant pas de pallier les déficits neuro sensoriels connus du patient :**

- port de lunettes,
- de prothèse auditive,
- d'appareils dentaires.

**Enfin, il faudra s'acharner à éviter les complications**

- de déshydratation, épidermolyse lombaire chez le confus agité
- de dénutrition
- de décubitus

Qui font partie des éléments pronostic essentiel du syndrome confusionnel.

### **D. Les psychotropes :**

**Ne représente en aucun cas un traitement curatif du syndrome confusionnel**

À l'inverse,

**-ils sont pour la plupart confusogènes (tableau I)**

- par leur effet anticholinergique central
- ou leur action dépressive sur la vigilance

**-et expose en outre à des complications redoutables** dominées par le risque

**d'hypotension orthostatique.**

Les effets secondaires des psychotropes arrivent quand les problèmes psychologiques s'amendent. Ils peuvent apparaître à l'introduction ou à l'arrêt du traitement.

Les antipsychotiques de première génération sont très sédatifs par action centrale : Théralène, Nozinan, Tercian.

**Cependant, dans certains cas, l'agitation et/ou l'anxiété sont telles qu'elles représentent un risque pour le patient et l'entourage**, nécessitant alors le recours à l'utilisation ponctuelle et mesurée de psychotropes.

Les recommandations quant à l'utilisation de l'une ou l'autre famille médicamenteuse (benzodiazépines ou neuroleptiques) sont plus fonction de l'expérience clinique que d'études contrôlées.

#### **1. Les neuroleptiques :**

**-le terme de neuroleptique est remplacé par le terme d'antipsychotique**

**-de 1<sup>ère</sup> génération : Théralène, Nozinan, Tercian**

**-de 2<sup>e</sup> génération : Leponex, Zyprexa, Risperdal, Solian, sont peu sédatifs sauf à**

**haute dose.**

-la tendance anglo-saxonne recommande plutôt l'utilisation des **neuroleptiques à versant incisif dont l'halopéridol (dose 0.5 mg à adapter ensuite en fonction de la tolérance et de l'efficacité) aux effets anticholinergique et hypotensifs modérés.**

**-en France, le tiapride semble une alternative intéressante en raison d'effets secondaires, notamment extra – pyramidaux, plus modérés.**

-les neuroleptiques de nouvelle génération (**loxapine, rispéridone**) pourraient être une alternative intéressante, mais nous manquons actuellement de recul face à leur utilisation chez le vieillard.

-les neuroleptiques ne sont pas anxiogènes, donc rajouter éventuellement temesta ou séresta

**2. Les benzodiazépines**, représentées essentiellement par le lorazépam, verraient leur indication limitée

-aux syndromes confusionnels secondaires à un sevrage

-ou en cas d'insuffisance hépatique grave.

Préférez les somnifères de type Imovane ou Stilnox aux ( ? ) benzodiazépines

Le Buspar (Buspirone) ne corrige pas les syndromes aigus ou réactionnels mais agit sur l'anxiété généralisée

Eviter les BZD à ½ vie longue comme le Tranxène, préférer temesta, séresta, xanax.

Hypnovel et Valium sont déprimeurs respiratoires

Se méfier de l'équanil....

L'Effexor (IRSetNA) : anxiété généralisée mais effet retardé.

**En tout état de cause, quelque soit le traitement choisi, l'indication doit être ponctuelle, les doses initiales étant faibles et réévaluées quotidiennement.**

## **CONCLUSION**

**Le syndrome confusionnel est une affection grave dont le diagnostic, exclusivement clinique, doit être porté rapidement. Cette urgence gériatrique nécessite conjointement la mise en place d'une stratégie diagnostique adaptée et la prise en charge par une équipe interdisciplinaire formée aux soins gériatriques. Ce n'est qu'à ce prix que le pronostic dramatique tant vital que fonctionnel de cette affection pourra être amélioré. Enfin, beaucoup de confusions sont des démences.**

## **TABLEAU 1 : FACTEURS PRECIPITANTS DU SYNDROME CONFUSIONNELLE**

- Infections (broncho-pulmonaires et urinaires notamment)
- Troubles métaboliques :
  - Troubles hydroélectrolytiques : hypo/hypernatrémie, hypercalcémie
  - Hypo ou hyperglycémie
  - Acidose ou alcalose
  - Insuffisance rénale, respiratoire ou hépatique
  - Dénutrition sévère et déficit vitaminique : B1, folates, B12
- Troubles cardio – vasculaires
  - Insuffisance cardiaque
  - Troubles du rythme paroxystique
  - Infarctus du myocarde et embolie pulmonaire

- Douleur aigue et syndrome rétentionnels : rétention aigue d'urine(un globe à 2 litres peut encore être asymptomatique) et fécalome.
- Affections neurologiques : = 1%
  - Lésions expansives : hématome sous-dural, tumeur, anévrisme
  - Accident vasculaire cérébral
  - Epilepsie : en particulier type petit mal absence
- Dérèglements endocriniens :
  - Dysthyroïdies,
  - Hyperparathyroïdie
- Facteurs psychologiques
  - Stress
  - Deuil
  - Changement du cadre de vie : hospitalisation, intervention chirurgicale ou entrée en institution
- Facteurs iatrogènes
  - Psychothérapeutiques : benzodiazépines et apparentés  
Barbituriques  
Carbamazépine  
Antidépresseurs  
Neuroleptiques
  - Antiparkinsoniens
  - Antalgiques (majeurs ou non) : I et II ( ?)
  - Corticoïdes, indométacine
  - Mopral
  - Antibiotiques (quinolones)
  - Anti-ulcéreux dont cimétidine et oméprazole
  - Traitement a visée cardio-vasculaire :  
Digitaliques  
Béta-Bloqueurs  
Antiarythmiques :  
-disopyramide,  
-classe Ic,  
-xylocaïne,  
-diphénylhydantoïne  
Antihypertenseurs centraux
  - Théophylline
  - Antihistaminiques
  - Syndrome de sevrage aux benzodiazépines et apparentés

Médicaments à activité anticholinergique

**ANTICHOLINERGIQUES : DOROZ p 1038 /34 / 1216 / 430 / 1118**

--psychotropes

--digestifs :

-- antispasmodique

-- scopolamine

- Visceralgine
- Spasmodex
- cardiologie
  - atropine (contre poison : escrine, prostigmine)
- antimigraineux
  - Sanmigran
- antiparkinsonien
  - Artane
  - Lepticur
  - Akineton
  - Parkinane
- O. R. L.
  - Atrovent
  - Combivent
  - Bronchodual
- antihistaminiques
- urinaire
  - Ditropan

<b>TABLEAU 2 : INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES PROPOSEES LORS D'UN SYNDROME CONFUSIONNEL DU SUJET ÂGE</b>
--

**En première intention**

- ionogramme sanguin, dosage de l'urée et de la créatinine sérique
- calcémie
- glycémie
- numération formule sanguine
- vitesse de sédimentation
- électrocardiogramme
- radiographie pulmonaire
- examen cyto bactériologique des urines

**En seconde intention**

- Gazométrie sanguine
- Tests hépatiques
- Enzymes cardiaques
- TSH
- Folate et B12 sériques
- Ponction lombaire
- E.E.G.
- Scanner cérébral

**Accessoirement : sérologie HIV et sérologie syphilitique**

**Exemples cliniques :?????**

*-déshydratation globale : hypernatrémie, 10j après complication décubitus, synd. glissement, décès....*

*-confusion sur hyperthermie, évolution favorable sur 8j, long séjour...*