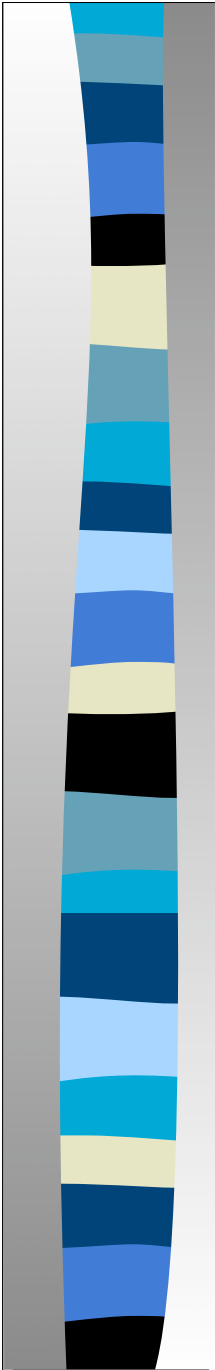


Syndrome confusionnel du sujet âgé

■ P Pfitzenmeyer





Prototype même du syndrome gériatrique

- **décompensation** cérébrale aiguë se traduisant par une altération globale et **réversible** des fonctions cognitives
- **Urgence** gériatrique : réversibilité si prise en charge adaptée et rapide
- **Gravité**: terrain + complications



Un diagnostic purement clinique

- **Nombreuses échelles anglosaxones:**
DSM IV, CIM-10, CAM, DRS, DRS-R-98

- **A la mode française**

4 signes cardinaux spécifiques:

- **Troubles de l'attention ou altération de la vigilance: obnubilation**
- **Inversion du rythme veille-sommeil**
- **Début brutal et**
- **évolution fluctuante**



Une sémiologie associée très disparate: altération globale

- Déficit mnésique et DTS
- Désorganisation de la pensée, persévération...
- Troubles de la perception, hallucinations et activité onirique
- ▲ latrogène et sevrage
- Anxiété +++, perplexité, déambulation



Des signes physiques associés à un risque organique potentiel

- **Troubles neurovégétatifs:** hypo ou hyperTA, brady ou tachycardie, fièvre, sueurs, troubles digestifs
- **Signes neurologiques:**
 - astérisis : **métabolique**
 - hyperreflexie, tremblements ...



Une forme clinique trompeuse: la forme hypoactive

- **Syndrome confusionnel avec hypovigilance dominante**
- **Diag différentiel: état dépressif**

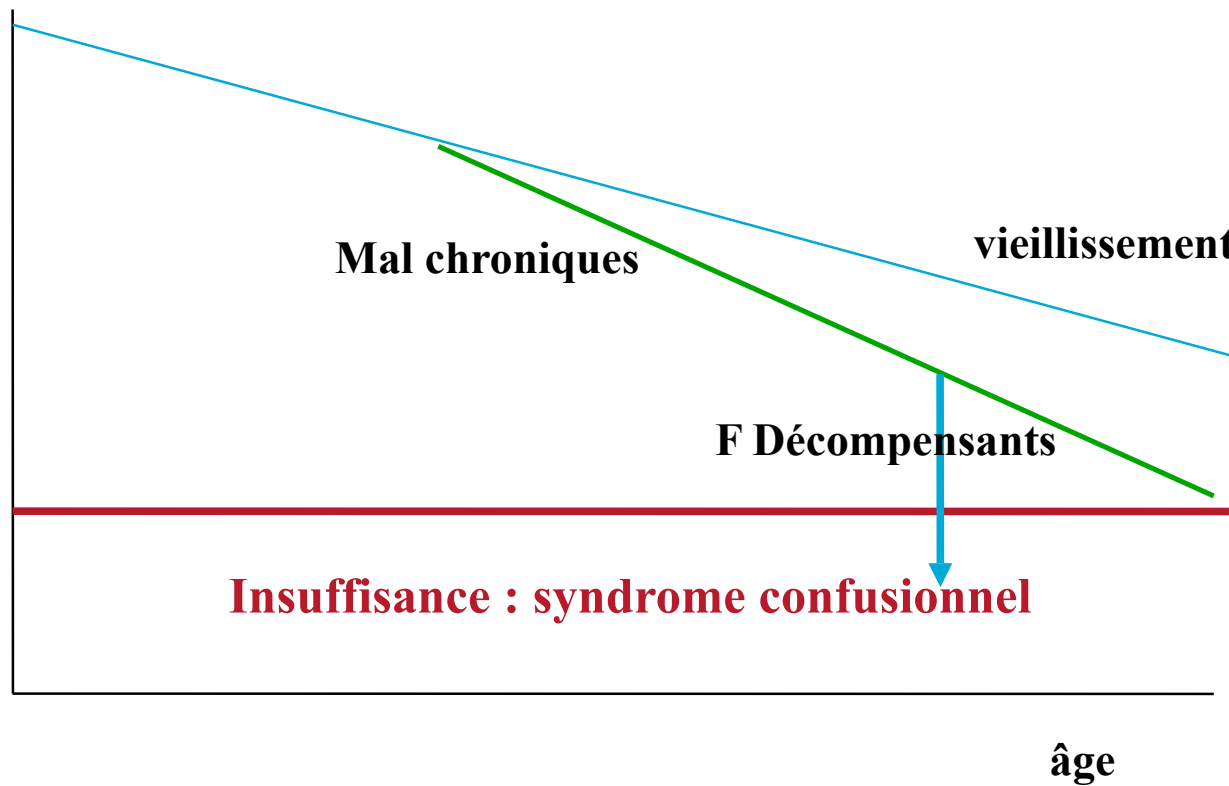


Ethiopathogénie inconnue

- **Altération fonctionnelle globale sans lésion organique**
- **Atteinte prédominante du système cholinergique, + perturbations multiples (hyposérotoninergie)**
- **Hypothèses**
 - **Déficit métabolisme oxydatif**
 - **Atteinte sous corticale**
 - **Impact des cytokines**
 - **Augmentation glucocorticoïdes et hyperactivité noradrénergique**

Décompensation cérébrale

Performance





Diagnostic étiologique

2 cadres à évaluer

- Terrain prédisposant : **Fragilité**
 - déficit d'adaptabilité et vieillissement
 - Affections neurologiques: démences+++
 - Altérations neuro-sensorielles
- Facteurs déclenchants : polyfactoriels:
 - 3 facteurs au moins sinon revoir la copie

Plus le terrain est fragile, moins le facteur déclenchant est intense



Facteurs déclenchants

- **Maladies infectieuses: pulmonaires +++ ,**
- **Maladies cardiovasculaires : insuffisance cardiaque, FA,**
- **Troubles métaboliques: déshydratation,**
- **Fécalome et rétention urinaire**
- **Dénutrition**
- **Pathologie iatrogène, médicament et hospitalisation, sevrage**
- **Affections cérébrales (HSD, épilepsie)**
- **Facteurs psychogènes: stress, deuil**



Facteurs médicamenteux:

Tous les médicaments à activité anticholinergique:

- Psychotropes
- Antalgiques 2 et 3
- Divers:
 - cimétidine, oméprazole (Mopral),
 - corticoïdes,
 - bêta-bloqueurs (collyres), digoxine, disopyramide (Rythmodan),
 - Oxybutynine (Ditropan)



Evolution, pronostic

- ① De principe, régression complète
 - Délai variable,
 - séquelles : amnésie lacunaire, synd dépressif
- ② Décès
 - Mortalité x 2 à 3
 - 25 % à 1 mois; 1/3 à 3 mois
- ③ Dépendance, institution et démence
 - x 3 à 7
 - En l'absence de prise en charge adaptée

Evolution défavorable témoin du terrain fragile et des complications du syndrome confusionnel



Confusion et cascade

Risques associés à la confusion

- Chutes
- Dénutrition
- Syndrome d'immobilisation et escarres
- Infections et pneumopathies d'inhalation



Démence / confusion

- ➡ Toute sémiologie psychocognitive aiguë est jusqu'à preuve du contraire un syndrome confusionnel
- ➡ Dans la majorité des cas, le syndrome confusionnel est associé à la démence:
 - Précessif
 - Révélateur ex: intervention chirurgicale



Prise en charge :

Prévention

Notamment en secteur hospitalier et chirurgical:

- **Evaluation pré-opératoire par un gériatre**
- **Oxygénothérapie systématique et surveillance hématose**
- **Prévention des hypotensions per et post op**
- **Traitement de la déshydratation et prise en charge de la dénutrition**
- **Prise en charge de la douleur**
- **Régulation du transit intestinal et surveillance urinaire**
- **Limitation dans l'usage des psychotropes et arrêt des médicaments non indispensables**
- **Mobilisation rapide**
- **Prise en compte des handicaps neurosensoriels**
- **Stimulation par les soignants et environnement adapté**



Prise en charge :

la décision d'hospitalisation

➡ Fonction d'une balance entre 2 paramètres:

- Nécessité d'un bilan étiologique lourd
- Impact de la déstabilisation et risque hospitalier

➡ Différents paramètres:

- Existence ou non de causes repérées et facilement curables
- Tolérance et angoisse des proches
- Dangerosité pour le patient: troubles comportementaux et retentissement organique

➡ Nécessité d'un milieu hospitalier adapté !!!!!



Prise en charge :

Traitement

- ➡ **Urgence +++**
- ➡ **Traitement des causes**
- ➡ **Arrêt de principe de tout les médicaments non essentiels**
- ➡ **Prise en charge globale et prévention des complications**
 - Hydratation, nutrition
 - Prévention de l'immobilisation
 - Environnement apaisant: pas de contention
 - Réassurance du patient et des proches: anti-fatalisme

Examens complémentaires nécessaires



👉 1ère intention

- Iono, créat
- glycémie
- calcémie
- NFS, VS
- ECG
- Rx poumons, ECBU

👉 2ème intention

- TSHu
- Ponction lombaire
- Scanner cérébral
- EEG



Prise en charge : les psychotropes

- ➡ Ils sont tous confusogènes
- ➡ Les médicaments à bannir:
 - Anticholinergique fort : AD tricycliques, neuroleptiques sédatifs, morphine
 - 1/2 vie longue: BZD, neuroleptiques sédatifs
- ➡ En cas de nécessité, notamment lorsqu'anxiété et agitation sont dangereuses:
 - NL nouvelle génération : tiapride, olanzapine ??
 - Lorazépam,
 - Méprobamate