

Etat confusionnel aigu (ECA)

1. Démarche clinique

- **Identification des facteurs prédisposants** : âge ≥ 65 ans, sexe masculin, trouble cognitif, trouble de l'humeur, antécédent d'ECA, trouble de la vision, hypoacousie, dépendance fonctionnelle, antécédent d'AIT/AVC, consommation d'alcool pathologique, HTA, polymédication
- **Prévention** : en cas de facteurs prédisposants → mesures préventives non pharmacologiques
- **Evaluation initiale et de suivi (2x/j)** par *Confusion Assessment Method* selon 3D-CAM :

Critère 1: début aigu et cours fluctuant

Critère 2: troubles de l'attention

Critère 3: désorganisation de la pensée

Critère 4: état de conscience altéré (hyperactif, hypoactif ou mixte)

**Si critères 1 + 2 + 3 ou 1 + 2 + 4
→ forte probabilité d'ECA**

- **Critères de sévérité** : déficit neurologique focal, épilepsie, traumatisme crânien, état fébrile, méningisme, néoplasie, âge, non réponse au traitement étiologique
- **Diagnostic différentiel** : démence, dépression, syndrome psychiatrique aigu

2. Investigations

- **Anamnèse** : répéter anamnèse par système, recherche de douleur (échelle EVA) et angoisse
- **Hétéro-anamnèse famille et/ou proche-aidant** : habitudes de vie, variation par rapport à l'état cognitif habituel, traumatisme récent, consommation d'alcool (sevrage / intoxication)
- **Anamnèse médicamenteuse** : vérification de la médication (y compris automédication):
 - modification de la médication (dosage ou molécule) : nouveaux traitements / sevrage
 - anticholinergiques (anticholinergic drug burden index) : bronchodilatateurs, antitussifs, antihistaminiques, antiémétiques, antispasmodiques, antimigraineux, antidépresseurs, antipsychotiques
 - dopaminergiques, benzodiazépines, antiépileptiques, opiacés, myorelaxants, corticoïdes à haute dose, bêtabloquants, quinolones, etc
- **Examen physique et bilan paraclinique à la recherche des facteurs précipitants** :
 - **physiologiques** : hypoxie, hypercapnie, trouble électrolytique, dysthyroïdie, acidose métabolique, insuffisance rénale, urémie, déshydratation, rétention urinaire, fécalome, douleur
 - **pathologiques** : infection/sepsis, événement iatrogène, fracture osseuse récente, traumatisme, douleur, sortie de coma, chirurgie, malnutrition protéino-énergétique
 - **médicamenteux** : signes d'appel pour une intoxication (toxidrome) ou un sevrage
 - **iatrogènes** : contention mécanique, sonde vésicale
- **Laboratoire** : FSS, sodium, calcium corrigé, phosphate, glycémie, créatinine, urée, stix urinaire
- **Selon signes d'appel clinique** : ASAT, ALAT, bilirubine, TSH, B₁₂, gazométrie, cultures, ECG, radiographie du thorax, EEG, CT cérébral injecté, IRM cérébrale, ponction lombaire
- Score Soarian infirmier de suivi ad hoc « ECA – Facteurs de risque »
- **Risque de chute** : évaluation de la mobilisation et du projet d'orientation (RAD versus CTR) par l'équipe soignante (médecins, infirmiers et physiothérapeutes) après résolution de l'ECA
- **Risque de fugue** : si élevé et pas de possibilité d'assurer la surveillance adéquate à l'étage, évaluer transfert au GERH ou aux soins intermédiaires

3. Traitement

- **Traitement étiologique des facteurs précipitants réversibles**
- **Traitement non pharmacologique**
 - Eviter la contention physique (si inévitable, avertir la famille ; signature feuille protocole contention (p. 11-12) cf [directive institutionnelle des mesures de contrainte à l'égard du patient](#) ; signature par médecin cadre dans les 12h, documenter dans Soarian. Réévaluer contention min 1x/j)

- Techniques de désescalade, cadre rassurant et sécurisant, recherche des besoins non satisfaits.
- Réafférentation : port de lunettes et appareils auditifs, environnement calme, exposition à la lumière du jour, optimiser hygiène de sommeil (minimiser les réveils), horloge & calendrier, assurer présence (famille / bénévoles). Environnement calme et stimulation aux activités de la vie quotidienne (mobilisation; etc), information aux proches
- Hydratation per os, prévention de la constipation, nutrition, retrait équipement non nécessaire
- **Mobilisation au fauteuil et/ou marche 3x/j dès J1, avec repas à table 3x/j**
- Prévention des complications de l'ECA : risque de chute, de fugue, fausse-route, escarre
- **Traitement pharmacologique**
 - **Indication :**
 - agitation réfractaire au traitement étiologique et aux mesures non pharmacologiques cf protocole d'agitation des soins continus
 - mise en danger de soi-même ou d'autrui
 - anxiété chez patient agité ou souffrant d'hallucinations
 - sédation nécessaire pour effectuer des investigations ou administrer un traitement.
 - **Molécules :**
 - **Pas de psychotrope nouveau (neuroleptiques, benzodiazépines ou antidépresseur) sans réévaluation des traitements psychoactifs prescrits**
 - 1^{er} choix : halopéridol 0.25-1 mg 3x/j PO et 1-2 réserves ; administration SC/IM uniquement si prise PO impossible ; contre-indiqué si syndrome extrapyramidal
 - 2^e choix : quétiapine 6.25-25 mg 2x/j PO et 1-2 réserves : à considérer en relais lorsque situation stabilisée si nécessité de prolonger le traitement
 - attention association de médicaments prolongeant le QT (<https://crediblemeds.org/>)
 - **Cas particuliers :**
 - Agitation : évaluation et interventions, cf protocole d'agitation des soins continus
 - **QTc > 500 ms ou si majoration > 60 ms après initiation traitement neuroleptique :**
 - privilégier clométhiazole (Distraneurine) 192 mg 3x/j PO)
 - évaluer télémétrie si alternative non retenue
 - corriger les troubles électrolytiques (kaliémie cible 4.0-4.5 mmol/l).
 - **Sevrage d'alcool ou de benzodiazépines (benzodiazépines) :**
 - initier/poursuivre benzodiazépines par oxazépam
 - traitement du sevrage d'alcool
 - CAVE : sevrage lent traitement de benzodiazépines de longue durée (- 25% / 2 semaines)
 - **Tabagisme** : substitution nicotinique (Nicorette inhalation, chewing gum ou patch).
 - Monitoring : mesure du QTc basal, puis à 4-5 jours de l'initiation du traitement, puis 1x/sem.
 - Durée : court-terme (≤ 1 semaine) si évolution le permet

4. Critères de sortie d'hospitalisation (lit A)

- **Etiologie ECA connue.**
- Clinique en amélioration (CAM négatif ou en diminution).
- Projet discuté en équipe multidisciplinaire et accepté par patient(e) et proche(s)-aidant(s) :
 - retour à domicile si cadre jugé nécessaire implémentable
 - centre de réadaptation en cas de potentiel d'amélioration (reclassement lit B)
 - EMS long séjour en l'absence d'autre possibilité.

5. Suivi et lettre de sortie

- **Le diagnostic d'ECA doit figurer sur la lettre de sortie, avec mention si ECA résolu ou non**
- Contrôle dans la semaine de la sortie auprès du médecin traitant
 - Informer si initiation d'un sevrage aux benzodiazépines en intra-hospitalier
- Prévention active de l'ECA à initier d'emblée lors des prochaines hospitalisations
- Bilan des troubles cognitifs à effectuer à 3 mois après l'épisode aigu, sinon ininterprétable

6. Références

1. Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. N Engl J Med. 2017;377:1456-1466.
2. Von Gunten A, et al. Etat confusionnel aigu de la personne âgée. Swiss Medical Forum. 2018;18(12):277–284.
3. Delirium in adults. NICE Clinical Guideline. 2014.
4. Delirium: prevention, diagnosis and management. NICE Clinical Guideline. 2010.
5. Inouye SK, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Annals of internal medicine.1990;113(12):941-8.
6. Inouye SK. Delirium in older persons. The New England journal of medicine. 2006;354(11):1157-65.
7. Michaud L, et al. Delirium: guidelines for general hospitals. Journal of psychosomatic research. 2007;62(3):371-83.
8. Inouye SK, et al. Delirium in elderly people. Lancet (London, England). 2014;383(9920):911-22.
9. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2016;64(4):705-14.
10. Siddiqi N, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. The Cochrane database of systematic reviews. 2016;3:Cd005563.
11. Sanders RD, et al. Anticipating and managing postoperative delirium and cognitive decline in adults BMJ 2011;343.
12. Suman A, et al. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis, Age and Ageing. 2014; 43(3):326–333.
13. McCusker J et al., Environmental Factors Predict the Severity of Delirium Symptoms in Long-Term Care Residents with and without Delirium. J Am Geriatr Soc. 2013;61:502–511.
14. Kalisch Ellett LM, et al., Multiple Anticholinergic Medication Use and Risk of Hospital Admission for Confusion or Dementia. J Am Geriatr Soc. 2014; 62:1916–1922.
15. Wolters AE, et al., Systemic Corticosteroids and Transition to Delirium in Critically Ill Patients. Crit Care Med. 2015;43(12):e585–e588.
16. Shi Q, Warren L, et al. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013;9:1359-1370. doi:10.2147/NDT.S49520.
17. Kiesel EK, Hopf YM, Drey M. An anticholinergic burden score for German prescribers: score development. BMC Geriatr. 2018;18(1):239.
18. Protocole de prise en charge de l'agitation aux soins continus : AgitMISC, MIA RC 0013. Version 2.0 du 12.01.2015.
19. Oh ES, et al. Antipsychotics for Preventing Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. Ann Intern Med. [Epub ahead of print 3 September 2019]:. doi: 10.7326/M19-1859
20. Nikooie R, et al. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. Ann Intern Med. [Epub ahead of print 3 September 2019]:. doi: 10.7326/M19-1860

7. Rédaction et validation

Sept 2019

C. Bongard, F. Jordil, C. Gomes Da Rocha, D. Gachoud

Remerciements aux spécialistes M. Humbert, T. Buclin