
Prise en charge pratique du delirium

La prise en charge du delirium est une compétence fondamentale exigée de tout clinicien en milieu hospitalier. Cependant, comme d'autres syndromes gériatriques, le delirium n'est pas une maladie simple et il n'est parfois même pas reconnu comme une maladie en soi. Sa prise en charge efficace commence donc par sa reconnaissance. En effet, l'identification, puis le traitement des causes spécifiques, conjugués à une approche compétente et de soutien, permettront la prise en charge adéquate du delirium.

par Darryl B. Rolfson, M.D., FRCPC

Le delirium chez les personnes âgées est chose courante en milieu hospitalier en plus d'être associé à de graves conséquences, dont la mort, le séjour prolongé à l'hôpital et le déclin fonctionnel. Fait encore plus troublant, le delirium est souvent iatrogène et rarement identifié comme tel. La problématique du delirium en milieu hospitalier a été considérablement étudiée^{1,2}, et des lignes directrices pour sa prise en charge ont été élaborées³. Par ailleurs, dans un article récent paru dans la *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*⁴, le Dr Kenneth Rockwood s'est intéressé aux pronostics à court et à long terme du delirium lorsque ce dernier n'est pas adéquatement reconnu et traité. Pour sa part, le présent article propose une approche pratique du delirium chez les personnes âgées et se penche en particulier sur sa reconnaissance et sur sa prise en charge.

Reconnaissance du delirium

Malgré d'excellents critères diagnostiques, des études prospectives ont montré que le delirium est sous-diagnostiqué. Par exemple, dans un groupe de 111 patients âgés qui ont subi une chirurgie orthopédique pour fracture de la hanche, l'incidence du delirium a été de 62 %. Cependant, le

Le Dr Rolfson est professeur adjoint de médecine à l'Université de l'Alberta, à Edmonton.

delirium a été médiocrement reconnu par les infirmières (39 %) et par les médecins (22 %)⁵.

Pour pallier cette lacune au chapitre de la reconnaissance, un certain nombre d'outils de dépistage et d'algorithmes diagnostiques ont été mis au point et validés. D'autres outils généraux pour dépister la déficience cognitive (comme le mini-examen de l'état mental [MMSE] et le test de l'horloge) sont souvent utilisés seuls ou en combinaison avec un algorithme diagnostique pour identifier le delirium. Toutefois, tous ces outils se révèlent inutiles lorsque les professionnels de la santé ne réussissent pas à prévoir le delirium et à appliquer les critères diagnostiques clés.

Ces critères diagnostiques sont les suivants⁶ :

1. Perturbation de la conscience (conscience moindre de l'environnement avec capacité réduite de se concentrer, de soutenir son attention ou de la modifier).
2. Modifications cognitives (déficit de la mémoire, désorientation, troubles du langage) ou apparition d'une perturbation perceptuelle dont on n'a pas tenu compte pour une démence pré-existante ou évolutive.
3. Perturbation qui apparaît dans un court laps de temps (heures ou jours) et qui tend à fluctuer pendant la journée.

Enfin, un dernier critère mentionné dans la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) vise à déterminer les causes du delirium. Ainsi, le delirium peut être associé, d'après les données objectives qui découlent des antécédents, de l'examen physique ou des résultats de laboratoire, à :

- un état médical général;
- une intoxication ou la prise de médicaments;
- le syndrome de sevrage;
- des causes multiples;
- des causes non mentionnées (par exemple privation sensorielle).

Au cœur du delirium se trouve un trouble de conscience fluctuant qui résulte d'agents stressants organiques et environnementaux. Toutefois, comme on vient de l'expliquer, le delirium se reconnaît peut-être mieux par la manière dont il évolue que par son profil cognitif.

Le delirium est d'apparition aiguë et d'évolution fluctuante. Lorsqu'un delirium hyperactif grave apparaît chez une personne dont les fonctions cognitives sont normales par ailleurs, il est peu probable qu'il passe inaperçu. La reconnaissance du delirium devient plus ardue lorsqu'il prend une forme hypoactive légère chez une personne avec des antécédents de dysfonction cognitive. Même alors un changement tangible de l'état mental

peut être discerné par quiconque est en interaction fréquente avec le patient. De fait, les membres de la famille ou les infirmières observent souvent que « quelque chose est différent » ou que « la personne n'est plus la même ». Des observations similaires peuvent être faites lorsque le delirium est continu et lorsqu'il survient de manière épisodique. Comme il se peut que les professionnels de la santé ayant des contacts limités avec la personne atteinte ne reconnaissent pas ces signes révélateurs, il est impératif d'inclure les observations parallèles de la famille, des amis ou du personnel infirmier au moment d'établir l'évolution du delirium.

Le delirium est un trouble de l'attention. Les altérations sensorielles dans le delirium sont faciles à reconnaître lorsqu'elles sont présentes. Les personnes atteintes de delirium sont inattentives et facilement distraites par les stimuli auditifs ou visuels. Elles ont de la difficulté à se concentrer sur les conversations ou les tâches et, par conséquent, apparaissent très désorganisées dans leurs pensées. Les tests effectués auprès des patients qui nécessitent une attention soutenue prouvent souvent la présence de tels symptômes. Par exemple, lors du test de soustraction où on demande au patient de compter à rebours de 20 à 0 en « pas de deux » (20, 18, 16, etc.), il se peut que son attention soit distraite par des facteurs externes comme quelqu'un qui tambourine avec un crayon sur un bureau. Dans les formes plus graves du delirium, il se peut même qu'il montre des caractéristiques cliniques de stupeur ou même de coma.

Le delirium est une manifestation extérieure du « chaos » intérieur. Le delirium s'accompagne souvent du sentiment que « quelque chose ne va pas ». Ce sentiment sera perceptible dans le visage des patients et de ceux de leurs familles. Chez les personnes atteintes de deli-

rium, il se peut que ce sentiment se manifeste par de l'agitation psychomotrice (« pincer l'air », arracher les couvertures du lit, les vêtements et les cathéters, grimper sur les ridelles). Ces patients peuvent aussi faire face à des déclencheurs psychotiques (hallucinations visuelles vives, illusions de visages qui s'estompent ou de petits insectes rampant sur les murs).

En raison du fait que le delirium est un trouble général, il peut causer une atteinte de la quasi-totalité des fonctions cognitives et comportementales. De fait, le delirium peut être à l'origine d'une dégradation de la mémoire, du langage, de la reconnaissance, de la praxie, de la fonction spatio-visuelle et des connaissances personnelles. Des manifestations neuropsychiatriques, comme la dépression apparente, l'anxiété et la psychose, sont aussi possibles. Toutefois, une évolution temporelle caractéristique, une modification de la conscience et le sentiment ressenti par le patient, la famille ou le clinicien que « quelque chose ne tourne pas rond » permettront de distinguer de façon fiable le delirium des autres syndromes de confusion. Après s'être assuré de la correspondance avec les critères du DSM-IV, il ne faut pas retarder davantage sa prise en charge.

Prise en charge spécifique du delirium

Des facteurs précis de vulnérabilité prédisposent à la survenue du delirium. Son origine découle de la présence de certains agents stressants précipitateurs (médicaments, maladie aiguë) et « sa continuité » se perpétue par d'autres facteurs qui émergent de l'environnement hospitalier lui-même. Le delirium est bien plus susceptible d'être reconnu et pris en charge adéquatement lorsqu'il est mis dans le contexte de ces influences prédisposantes, précipitantes et perpétuantes.

Facteurs prédisposants. Les facteurs prédisposants sont énumérés

Tableau 1

Facteurs prédisposants du delirium*

Facteurs démographiques

Âge avancé
Genre masculin
Fragilité
Milieu institutionnel
Isolement social

Facteurs sensoriels spéciaux

Déficience visuelle
Déficience auditive

Facteur cognitif

Démence

Facteur psychiatrique

Dépression

Facteurs fonctionnels

Déficience physique
Immobilité préopératoire

Facteurs liés à l'alimentation

Malnutrition
Taux d'albumine sérique bas
Taux d'urée sanguine élevé
Rapport azote/créatinine

Facteurs de comorbidité

Fardeau de comorbidité
Accident vasculaire cérébral précédent
Maladie de Parkinson
Dysfonction rénale

Alcoolisme

* Les facteurs en italique s'appuient sur des données empiriques.

au tableau 1. L'âge semble un facteur constant et important de risque de delirium. Les prochaines recherches devront déterminer si cette association restera indépendante après qu'on aura inclus les critères objectifs pour la fragilité dans l'analyse des facteurs de risque. Le modèle de fragilité⁷ aide à expliquer comment divers éléments peuvent se combiner chez une personne pour mener au delirium. En outre, un modèle multifactoriel du delirium⁸ prouve la relation inverse entre le degré de vulnérabilité (fragilité) et la gravité de « l'agression » nécessaires pour provoquer un épisode de delirium.

Tableau 2

Facteurs précipitants du delirium*

Facteurs médicamenteux

Nombre de médicaments
Période de sevrage
Médicaments psycho-actifs
Benzodiazépines
Narcotiques
Anticholinergiques
Neuroleptiques
Antiparkinsoniens
Antagonistes des récepteurs bêta

Facteurs de maladies aiguës

Maladie aiguë grave
Instabilité à l'admission

Facteurs infectieux

Toute infection symptomatique
Infection à un site précis
Infections non respiratoires
Fièvre
Infections des voies urinaires et leucocytose

Facteurs métaboliques

Déshydratation
Hypernatrémie ou hyponatrémie
Hypokaliémie
Anomalies acido-basiques
Hyperglycémie et hypoglycémie
Hypercalcémie et hypocalcémie
Myxœdème et thyrotoxicose
Insuffisance surrénale

Facteurs cardiopulmonaires

Examen pulmonaire anormal
Hypoxémie
Anévrisme aortique abdominal avec hypertension artérielle
Hématocrite post-opératoire < 30 %
Choc et hypotension
Insuffisance cardiaque
Exacerbation d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Facteurs neurologiques

Hématome sous-dural
Accident vasculaire cérébral
Hémorragie cérébrale
Tumeur cérébrale primaire
Métastases cérébrales
Abscess cérébral
Méningite
Encéphalite
Convulsions

* Les facteurs en italique s'appuient sur des données empiriques.

La connaissance des facteurs prédisposants courants permet au clinicien de prévoir le delirium (par exemple chez des patients qui doivent subir une chirurgie non urgente ou dans une unité médicale où le delirium iatrogène est fréquent). Un modèle prédictif a été mis au point et validé exclusivement à cette fin⁹. Dans des circonstances appropriées, les facteurs suivants se combinent pour rendre le delirium plus susceptible de survenir : déficience sensorielle particulière, déficience cognitive, déclin fonctionnel, malnutrition, alcoolisme et comorbidité (antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson, insuffisance rénale).

La prise en charge du delirium ressemble à la lutte contre un feu de forêt. La première règle est d'essayer d'en prévenir l'apparition. Des mesures sérieuses peuvent être employées à cette fin et sont justifiées par le coût d'un épisode de delirium et la difficulté de le traiter. Même de petites mesures auprès d'une population vulnérable aideront considérablement à le prévenir. De fait, un essai clinique phare sur la prévention du delirium a établi la valeur de telles mesures¹⁰. Ces dernières comprenaient des marches à suivre pour traiter la déficience cognitive, la privation de sommeil, l'immobilité, les déficiences visuelles et auditives et la déshydratation. De plus, on a récemment observé que la consultation proactive en gériatrie prévenait un tiers des cas de delirium après la chirurgie pour une fracture de la hanche¹¹.

Facteurs précipitants et perpétuants. Aux fins de la présente discussion, les facteurs qui déclenchent un épisode de delirium (les facteurs précipitants) et ceux qui en nourrissent la continuité (les facteurs perpétuants) sont résumés dans les tableaux 2 et 3. Il faut garder à l'esprit que les facteurs perpétuants peuvent aussi susciter le delirium chez une personne âgée suffisamment vulnérable et que les

facteurs précipitants sont parfois perpétuants chez un patient déjà atteint de delirium.

En vérité, tout médicament, toute maladie ou tout facteur environnemental peut causer le delirium. Le lien sera le plus souvent apparent si on peut établir une relation temporelle entre le facteur et l'apparition du delirium. La relation est davantage renforcée si la correction du facteur précipitant conduit à la disparition du delirium. À noter que le sevrage est habituellement soupçonné comme précipitant du delirium en présence d'une grande consommation d'alcool ou de benzodiazépines (BZD).

Il faut examiner soigneusement la médication d'un patient afin de déterminer s'il a pris récemment des BZD ou des narcotiques ou des médicaments présentant des propriétés anticholinergiques. Les agonistes de la dopamine (tels que les médicaments antiparkinsoniens) peuvent aggraver le delirium. C'est pourquoi on recommande de passer en revue les médicaments, ce qui consiste à associer chaque médicament à un trouble médical bien défini, puis à retirer ou à modifier le ou les médicaments impossibles à justifier.

Toute maladie aiguë peut causer le delirium. Ainsi, l'omission par un clinicien d'aborder une maladie aiguë sous-jacente tout en essayant de comprendre la présence de delirium mène à une incertitude sérieuse quant au diagnostic et à son origine. Le delirium est le « langage » de la frêle personne âgée disant au médecin qu'elle est malade et qu'elle a besoin d'aide. Bien souvent, les signes physiques et les preuves de laboratoires classiques manquent ou sont impossibles à exprimer. De cette façon, les causes les plus courantes du delirium doivent être considérées une à la fois jusqu'à ce que la bonne sorte du lot. L'intoxication avec des substances diverses est une cause fréquente de delirium tant chez les sujets frêles que robustes. Bien que la maladie

neurologique soit dans le haut de la liste des causes chez une population en santé sans facteur de comorbidité, elle est moins importante chez les personnes âgées frêles.

Les infections (urinaires et pulmonaires en particulier) sont très courantes et elles demandent des tests dès le premier examen, soit une analyse d'urine et, si les antécédents ou l'examen physique le justifient, une radiographie thoracique.

Les causes métaboliques sont plus obscures, mais elles peuvent être décelées facilement par les analyses initiales du sang (hémogramme, concentrations d'électrolytes, de créatinine, de glucose et de calcium et test de la fonction hépatique). Si nécessaire, une mesure de la concentration de cortisol et de la thyroïdostimuline prise le matin peut aider à dépister l'hypoadrénalisme et les anomalies thyroïdiennes.

Les causes cardiaques et pulmonaires peuvent être encore plus obscures et doivent être considérées au moyen d'un examen physique soigneux.

Beaucoup de facteurs perpétuants sont davantage considérés comme des irritants que comme des maladies. Ces facteurs causent habituellement du stress neuropsychiatrique ou psychologique, mais conduisent aussi parfois à une maladie aiguë sérieuse. Qu'elle soit nociceptive, neuropathique ou psychologique, la douleur peut être très déroutante et elle doit être adéquatement traitée selon sa source. Toutefois, l'usage systématique de narcotiques pour traiter le delirium doit être évité à moins qu'il y ait une bonne raison de soupçonner l'inefficacité des autres mesures.

Enfin, la rétention fécale et urinaire peut être aussi déconcertante et doit être confirmée et soulagée. L'usage de moyens de contention, l'emploi de sondes urinaires à demeure, le manque « d'objet orienteurs », l'interaction sociale minimale et la privation de dispositifs cor-

recteurs pour la vue ou l'ouïe constituent l'environnement hospitalier typique des patients. Chacun de ces problèmes peut être résolu à l'aide de stratégies normalisées adaptées aux personnes âgées et grâce à la formation du personnel.

Prise en charge de soutien du delirium

Le but des interventions de soutien est de créer un environnement qui représente le plus possible les aspects positifs du milieu familial propre au patient. L'horaire de ce dernier devrait être structuré selon ses habitudes, au lieu de celles qui sont communes pour les membres de l'équipe soignante. Il faut aussi tenir compte des facteurs intrinsèques et extrinsèques qui touchent le patient. Parmi les premiers, on compte :

- **La gêne physique** (douleur, chaleur, froid, humidité, démangeaisons, paresthésies, rétention d'urine ou de fèces). Elle doit faire l'objet d'un examen, être identifiée et traitée. Les antécédents auxiliaires peuvent se révéler utiles à cet égard.
- **Les barrières à la communication.** Si un patient a recours habituellement à des dispositifs correcteurs pour la vue ou l'ouïe, ils doivent lui être fournis. Si un patient parle une langue que ne connaît pas l'équipe soignante, il faut demander à la famille ou à d'autres personnes qui la parlent d'être présentes autant que possible.
- **Le stress psychologique.** Connaître toute personne ou toute situation qui est normalement désagréable ou stressante pour le patient peut être d'un grand secours au personnel hospitalier quand vient le temps de créer un environnement calme avec soutien.
- **La déshydratation.** Il se peut qu'un patient atteint de delirium ne communique pas efficacement qu'il a soif ou qu'il a faim. Les

Tableau 3

Facteurs perpétuants du delirium*

Facteurs de douleur

Facteurs de rétention

Rétention urinaire

Rétention fécale

Facteurs liés aux soins

Utilisation d'un moyen physique de contention

Utilisation d'une sonde urinaire

Événement iatrogène quelconque

Durée du temps passé aux soins intensifs

Facteurs environnementaux

Manque d'objets orienteurs

Interactions sociales minimales

Privation de dispositifs correcteurs pour la vue ou l'ouïe

Facteurs interventionnels

Nombre élevé d'interventions à l'hôpital

Anévrisme aortique abdominal et intervention chirurgicale thoracique non cardiaque

Chirurgie cardiaque (clampage total de l'aorte, durée du pontage cardiopulmonaire, transfusions sanguines excessives)

** Les facteurs en italique s'appuient sur des données empiriques.*

repas doivent être structurés et, si nécessaire, supervisés.

- **L'immobilité.** L'exercice et les activités récréatives doivent être encouragés en fonction des intérêts du patient.
- **La privation de sommeil.** L'environnement hospitalier doit être structuré pour encourager un horaire de sommeil et de veille semblable aux habitudes du patient. Cet horaire structuré peut demander le recours à des aides au sommeil ou à des stratégies familières au patient.

Il y a aussi des aspects généraux extrinsèques à l'environnement hospitalier qui peuvent réduire au minimum le delirium et améliorer le rétablissement.

En effet, le patient qui souffre de delirium répond généralement bien à

un style de communication calme, doux et non menaçant. Il a le droit de savoir qu'il est train de subir un épisode de delirium (qu'il ne devient pas fou) et devrait être rassuré. Il faut lui faire comprendre que l'épisode en question est généralement réversible et qu'il résulte d'une médication ou d'une maladie aiguë.

Les patients atteints de delirium répondent mal aux stimuli extrêmes. Une surstimulation avec visions ou sons étrangers doit être évitée, et on devrait privilégier des interactions simples et familières. Les objets orienteurs, comme les fenêtres, les horloges, les calendriers et les journaux, doivent être à la disposition du patient. La constance de la part du personnel soignant est aussi efficace. Habituellement, ces stratégies rendent inutile l'utilisation des moyens de contention physique. Toutefois, s'il en faut absolument une, le recours à une contention minimale aidera à réduire autant que possible les effets indésirables de l'immobilité obligatoire.

Prise en charge sédative du delirium

En procédant à une prise en charge spécifique avec soutien, il s'écoulera souvent un laps de temps entre la reconnaissance initiale de la maladie et sa résolution. Pendant cette période, si le delirium est hyperactif et s'il

se caractérise par des agressions physiques ou verbales, par de l'agitation, par de l'anxiété ou par des symptômes psychotiques perturbateurs, les médicaments peuvent jouer un rôle. Néanmoins, il n'existe aucune donnée objective qui soutient l'idée selon laquelle les agents pharmacologiques écourtent la durée du delirium. Ces agents se contenteraient de maîtriser les symptômes, c'est-à-dire de convertir temporairement un delirium hyperactif en delirium hypoactif.

Antipsychotiques. Conformément aux lignes directrices de l'*American Psychiatric Association* de 1999, il existe des données objectives en faveur de l'utilisation de l'halopéridol et du dropéridol dans le traitement du delirium. L'efficacité de la chlorpromazine a aussi été établie au moyen d'essais prospectifs à double insu, mais ses effets indésirables en limitent l'usage. Les autres agents n'ont pas été examinés suffisamment pour qu'on puisse déterminer leur efficacité ou leurs effets indésirables en présence de delirium. Actuellement, il n'existe pas assez de données pour privilégier le recours à un agent quelconque, mais l'halopéridol reste le médicament le plus souvent utilisé au Canada.

BZD. Les BZD ont un rôle à jouer dans le traitement du delirium associé à des convulsions ou au sevrage de

l'alcool ou de sédatifs. Les BZD peuvent améliorer de façon spectaculaire les symptômes dans le traitement du delirium de sevrage. Toutefois, elles peuvent aussi aggraver la situation. La sélection d'un agent à courte durée d'action et soluble dans l'eau, comme le lorazépam, peut réduire au minimum les effets indésirables sur le plan cognitif.

Cholinergiques. Le delirium, lorsqu'il est attribuable à un état cholinergique faible, se constate par la toxicité des agents anticholinergiques, l'hypoxie, les lésions cérébrales traumatiques et l'hypoglycémie. Des rapports de cas soutiennent l'efficacité et la tolérabilité de l'inhibition de la cholinestérase, même dans les deliriums non anticholinergiques^{12,13}.

Bref, les médicaments peuvent jouer un rôle dans le traitement des symptômes de certains cas de delirium. Cependant, les médicaments actuellement offerts non pas encore remplacé les bons vieux principes de prise en charge éprouvés qui consistent à :

1. Reconnaître le delirium.
2. Examiner ses causes spécifiques et les traiter.
3. Assurer un environnement de soutien.
4. Prescrire des sédatifs avec précaution.

Références

1. ELIE, M. *et al.* « Delirium risk factors in elderly hospitalized patients », *J Gen Intern Med*, vol. 13, 1998, p. 204-212.
2. INOUE, S. K. « Delirium in hospitalized older patients », *Clin Geriatr Med*, vol. 14, n° 4, 1998, p. 745-764.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. « Practice guidelines for the treatment of patients with delirium », *Am J Psychiatry*, vol. 156, n° 5, 1999, p. 1-20.
4. ROCKWOOD, K. « Le pronostic du delirium », *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, vol. 4, n° 5, 2001, p. 4-8.
5. GUSTAFSON, Y., BRANNSTROM, B., NORBERG, A. *et al.* « Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip-fracture patients », *JAGS*, vol. 39, 1991, p. 760-765.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4^e éd., APA, Washington, 1994, p. 124-133.
7. ROCKWOOD, K. *et al.* « Frailty in elderly people: an evolving concept », *CMAJ*, vol. 150, n° 4, 1994, p. 489-495.
8. INOUE, S. K. « Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors », *J Geriatr Psychiatry and Neurol*, vol. 11, 1998, p. 118-125.
9. INOUE, S. K. *et al.* « A predictive model for delirium in hospitalized medical patients based on admission characteristics », *Ann Intern Med*, vol. 119, 1993, p. 474-481.
10. INOUE, S. K., BOGARDUS, S. T., CHARPENTIER, P. A. *et al.* « A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients », *NEJM*, vol. 340, n° 9, 1999, p. 669-676.
11. MARCANTONIO, E. R., FLACKER, J. M., WRIGHT, R. J. *et al.* « Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial », *JAGS*, vol. 49, 2001, p. 516-522.
12. WENGEL, S. P., BURKE, W. J. et W. H. ROCCAFORTE. « Donepezil for postoperative delirium associated with Alzheimer's disease », *JAGS*, vol. 47, n° 3, 1999, p. 379-380.
13. FISCHER, P. « Successful treatment of nonanticholinergic delirium with a cholinesterase inhibitor », *J Clin Psychopharmacol*, vol. 21, n° 1, 2001, p. 118.