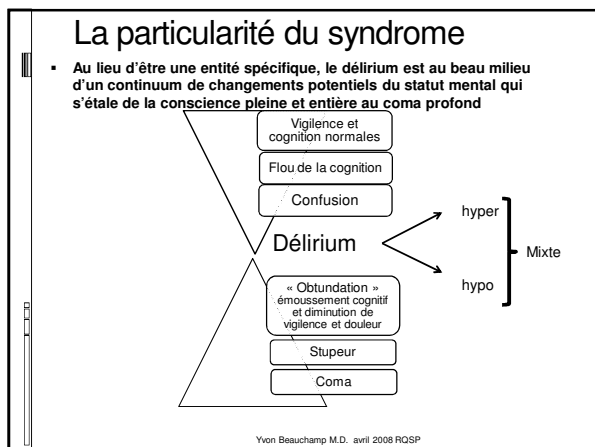


État confusionnel aigu ( ECA )  
 ou  
 Délirium

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP



**Prévalence globale tous âges confondus**

Difficile à bien cerner car ECA mal diagnostiqué  
 Type de clientèle est important:

18-55 ans: 0-4%	} Avec l'âge; ad 50 % en chirurgie si > 60 ans
55-85 ans: 1.1 %	
85 et plus: 13.6 %	

Population cancéreuse: 42-45 %

Lawlor P.G., Gagnon B.,  
 Arch Intern Med 2000;160:  
 786-794

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

- Prévalence en soins palliatifs:**
1. La prévalence du délirium augmente au fur et à mesure que décline la capacité fonctionnelle
  2. En cancer terminal : 26-44% de tous les patients admis
  3. Éventuellement ad 83% des patients développeront un délirium dans les jours précédents le décès
  4. 10-30% pourraient requérir une sédation profonde continue palliative
  5. En cancer et soins palliatifs c'est un marqueur indépendant de pronostic pauvre à court terme avec une médiane de survie à 21 jours contre 39 jours pour les autres
  6. 50% seraient réversibles lorsque le délirium est déclenché par une déshydratation, une hypercalcémie ou les Rx
- Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Sommes-nous bons comme équipe ?

Non détection par les médecins et infirmières

Ad 70 %

Pourquoi ?

délirium hypoactif,  
 démence pré-existante  
 âge avancé  
 altérations des sens comme vision amoindrie ou surdité  
 (déprivation sensorielle)

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Le délirium en cancer avancé:

Considéré comme un processus multifactoriel

Dans 33 % des cas : 1 seule cause

Dans 66 % des cas: plusieurs causes

Cause	%
opioïdes	64 %
Désordre métabolique	53 %
Infection	46 %
Chirurgie récente	32 %
Lésions structurelles	15 %

Type de délirium	Plus fréquent avec
Hyperactif	Corticostéroïdes, Opioides, Insuffisance hépatique
Hypoactif	Déshydratation

Carlos Centeno, Álvaro Sanz and Eduardo Bruera  
Palliat Med 2004; 18: 184

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Pas seulement en cancer

### Désordre de Stress post-traumatique post-USI

Jusqu'à 74% des patients survivants de USI se souviennent des douleurs non soulagées, de la déprivation de sommeil, de l'anxiété, des hallucinations et des cauchemards

Candis Morrison, RN, PhD, ACNP AACN  
Clinical Issues  
Volume 14, Number 1, pp. 92-111

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Symptômes	Cancer	SIDA	Cardiaque	MPOC	Ins. Rénal
<b>Douleur</b>	39-96% N=10379, 5 é	63-80% N=942, 2 é	41-77% N=882, 4 é	34-77% N=372, 3 é	47-50% N=370, 2 é
<b>Dépression</b>	3-77% N=4378, 11 é	10-82% N=616, 4 é	9-36% N=80, 2 é	37-71% N=150, 2 é	5-60% N=956, 2 é
<b>Anxiété</b>	13-79% N=3274, 9 é	8-34% N=346, 3 é	49% N=80, 1 é	51-75% N=1008, 1 é	30-70% N=72, 2 é
<b>Confusion</b>	6-93% N=9154, 10 é	30-65% N=?, 2 é	18-32% N=343, 3 é	18-33% N=309, 2 é	nil
<b>Fatigue</b>	32-90% N=2888, 9 é	54-85% N=1435, 2 é	69-92% N=409, 3 é	68-80% N=285, 2 é	73-87% N=116, 2 é
<b>Dyspnée</b>	10-70% N=10029, 8 é	11-62% N=504, 2 é	60-88% N=948, 6 é	90-95% N=372, 4 é	11-62% N=334, 2 é
<b>Insomnie</b>	9-69% N=5606, 9 é	74% N=504, 1 é	36-48% N=146, 2 é	55-65% N=150, 2 é	31-71% N=351, 3 é
<b>Nausée</b>	6-68% N=914, 7 é	43-49% N=689, 2 é	17-49% N=146, 3 é	nil	30-43% N=362, 3 é
<b>Constipation</b>	23-65% N=7602, 8 é	34-35% N=689, 2 é	38-42% N=80, 2 é	27-44% N=150, 2 é	29-70% N=483, 1 é
<b>Diarrhée</b>	3-29% N=3392, 10 é	30-90% N=504, 4 é	12% N=80, 1 é	Nil	21% N=19, 1 é
<b>Anorexie</b>	30-92% N=9113, 10 é	51% N=504, 1 é	21-41% N=346, 2 é	35-67% N=150, 2 é	25-64% N=395, 2 é

- À qui ça risque d'arriver ?
  - Pourquoi ?
  - Comment ?

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Modèle prédictif

### Majeures:

- Contentions physiques
- Malnutrition
- Ajout de plus que 3 nouveaux médicaments p/r admission
- Cathétérisme vésical
- Tout événement iatrogénique

### Mineures:

- Patient levé moins que 1 fois die
- Attente de plus de 12 heures à l'urgence
- Insuffisance respiratoire
- Déshydratation
- Déficit visuel
- Déficit cognitif
- Atteinte fonction rénale

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Facteurs de risque:

- Âge
- Démences
- Chirurgies
- Anomalies biochimiques: Na ↑, K ↓, Urée ↓
- IMC abaissée
- Sexe : H > F
- Dépression
- Alcoolisme
- Douleur

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Les facteurs précipitants		
1. Narcotiques	7. Maladie aiguë sévère	13. Infection voies urinaires
2. Hyponatrémie	8. Hypoxémie	14. Contention physique
3. Anémie	9. Douleur	15. Shock
4. Cathétérisme vésical	10. Événement iatrogénique	16. Chx orthopédique
5. Chx cardiaque	11. Durée du by-pass C-P	17. Chx non cardiaque
6. Séjour USI	12. Grand nb de procédures	18. Chx orthopédique

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Rx pouvant causer délirium			
Rx avec activité cholinergique	Autres Rx		OTC
Tagamet	Prednisolone Dexaméthasone	Benzodiazépine	Benyllin
Théophylline	Tricycliques (Élavil, Anafranil)	Narcotiques et laxatifs	Phenergan
Digoxin	Nifedipine	Anti-Parkinsonniens	Agents anti-diarrhéique avec Belladone
Largactil	Zantac	AINS	Buscopan
Imdur	Coumadin	Chimiothérapie methotrexate, ifosfamide, fluorouracil, vincristine, vinblastine, bleomycine, carmustine, cisplatine	
Persantin	Captopril		
Haldol	Dyazide	Antibiotiques	

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Pas si inoffensif que ça
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ St John's Wort</li> <li>▪ • Kava Kava</li> <li>▪ • Valerian Root</li> <li>▪ • Ginseng</li> <li>▪ • Belladonna</li> <li>▪ • Adulterated Chinese</li> <li>▪ Herbal Medicines</li> </ul>

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

En résumé
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>D</b>émence</li> <li>▪ <b>E</b>lectrolytes</li> <li>▪ <b>L</b>ungs, liver, heart, kidney, brain</li> <li>▪ <b>I</b>nfection</li> <li>▪ <b>R</b>x</li> <li>▪ <b>I</b>njury, douleur, stress</li> <li>▪ <b>U</b>n familiar environment</li> <li>▪ <b>M</b>étabolique</li> </ul>

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Hypothèses pathophysiologiques: Structurelles ou Chimiques
Deux systèmes neuronaux attirent l'attention:
1. Un qui est diffus: Des boucles thalamiques et bi-hémisphériques
2. Un qui est focal: les cortex frontal et pariétal droits et le cortex moteur primaire
Des atteintes du cerveau droit sont retrouvées de façon répétée dans les routes communes finales du délirium. Une atteinte de l'artère cérébrale droite et de la moyenne cérébrale droite sont associés avec un délirium agité. Même si plusieurs processus sont impliqués, ils ont en commun d'interférer avec le fonctionnement du système réticulaire activateur du bulbe et de la protubérance, conduisant ainsi à des erreurs du système de l'éveil et de la conscience
Anatomiquement, ce sont des structures corticales et sous corticales qui sont impliquées aussi bien que des noyaux du bulbe et des circuits neuronaux interconnectés.

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Pathophysiologie
3. Filière neuroinflammatoire: niveau abaissé de " Insuline-like growth factor 1" Wilson K., 2005: Int J Geriatr Psychiatry 20 154-159
4. C-reactive protéine: niveaux élevés de C-RP ont prédit de façon indépendante l'incidence de délirium un score élevé au MMSE et un bas niveau de C-RP a prédit le recouvrement d'un délirium apparu en cours d'hospitalisation Ce serait plutôt un marqueur de mécanismes précipitant ou alimentant le délirium MacDonald A, Age and Aging, 2007 36 (2): 222-225

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Pathophysiologie

### 5. Hypothèse cholinergique:

Débalancement entre Acétylcholine et Dopamine, soit déficit en Acétylcholine et prédominance de Dopamine  
Les agonistes cholinergiques (physostigmine) ou un neuroleptique peuvent renverser un délirium  
Une déficience en thiamine, une hypoxie et une hypoglycémie réduisent aussi la quantité d'acétylcholine

### 6. Altérations des neuropeptides:

Endorphines, Sérotonine, Norépinephrine,  
Le R-GABA est impliqué dans l'encéphalopathie ammoniacale et dans les délirium résistants au Midazolam

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Quand penser au délirium ?

- Lorsqu'il y a atteinte de : CE MP3
- 1. Conscience
- 2. Émotions
- 3. Mémoire
- 4. Psychomotricité
- 5. Perception
- 6. Pensée

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## ICD (international classification of disease) 10 W.H.O.

- a. Atteinte de la conscience et de l'attention (variant de stupeur à coma; réduction de la capacité de diriger, maintenir ou détourner l'attention)
- b. Dérangement global de la cognition (distorsions, illusions et hallucinations souvent visuelles; dérangement de la pensée abstraite et compréhension, avec ou sans délusions transitoires, mais avec un certain degré d'incohérence; dérangement de la mémoire récente ou immédiate; désorientation dans le temps surtout, mais pouvant aller jusqu'aux personnes et dans l'espace)
- c. Dérangements psycho-moteurs: hypo ou hyperactivité et des « shifts » imprédictibles de l'un à l'autre, un temps de réaction augmenté, accélération ou ralentissement de la vitesse de la parole
- d. Dérangement du cycle Éveil/Sommeil: insomnies, inversion du cycle, somnolence diurne, cauchemars qui deviennent des hallucinations au réveil
- e. Atteintes émotionnelles: dépression, anxiété, peurs, euphorie, irritabilité, apathie, perplexité

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## DMS-IV (TR) APA 2000

- A) Perturbation de la conscience:  
i.e. réduction d'une notion claire de l'environnement avec une habilité réduite à focaliser, maintenir ou changer son attention
- B) Changement dans la cognition:  
(déficit mnésique, désorientation, perturbation du langage) ou l'apparition d'une perturbation de la perception qui ne peut être reliée avec une démence évolutive préexistante connue
- C) Cette perturbation s'est développée sur une courte (heures ou jours) période de temps et fluctuera durant la journée
- D) Pour le cas d'un délirium causé par:
  1. Une condition médicale générale, l'histoire, l'examen physique et les tests de laboratoire mettent en évidence que les perturbations sont causées par les conséquences physiologiques directes d'une condition médicale générale.
  2. Une intoxication de substance, il y a des évidences dans l'histoire, l'examen et les tests de laboratoire que les symptômes des critères A et B se sont développés durant l'intoxication à la substance ou que la médication utilisée est étiologiquement reliée à la perturbation.
  3. Un retrait de substance, il y aura des évidences à l'histoire, à l'examen clinique ou aux examens de laboratoire que les symptômes de A et B se sont développés durant ou très près du syndrome de retrait.
  4. Des étiologies multiples sont retrouvées: plus d'une condition médicale, une condition médicale générale plus une intoxication de substances, ou encore des effets secondaires médicamenteux.

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Arsenal diagnostique

- Mini-Mental Status Examination (MMSE)
- Blessed Orientation Memory Concentration (Test BOMC)
- Bedside Confusion Scale (BSCS)
- Confusion Assessment Method (CAM)
- Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)
- Delirium Rating Scale (DRS)
- Communication Capacity Scale and Agitation
- Distress Scale (CCS & ADS)

*C Centeno et al.*

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Le Mini-Mental State Exam

- Les fonctions cognitives : orientation, langage, attention, construction, mémoire, calcul arithmétique, raisonnement et fonction exécutoire
  - Selon DSM-IV-TR des troubles cognitifs sont une présentation essentielle du délirium, de la démence et des troubles amnésiques.
  - Avec le MMSE on convient 24/30 comme point de rupture
  - Comme le MMSE n'est pas un outil pour diagnostiquer le délirium, une étude avec régression logistique montre que 4 items sur 20 sont suffisants et fiables pour en déduire une atteinte cognitive: orientation au temps (année et date), épeler à l'envers, copier le dessin,
- Peter M. Fayers, Which Mini-Mental State Exam Items can be used to screen for Delirium and Cognitive Impairment? Journal of Pain and Symptom management, vol 30, Issue 1, July 2005

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

### L'évaluation clinique d'un délirium

#### instruments de mesure

- Confusion Assessment Method ( C.A.M.) : 1990 Inouye et al. À partir du DSM-III-R. Processus de validation en français est fait  
Laplante J., Cole M., McKusker J.; perspective infirmière sept/oct 2005;13-22
- C.A.M. vs Dx du Psychiatre : sensibilité de 94-100% et une spécificité de 90-95%
- C.A.M. et le DSM-III-R: sensibilité de 100% et spécificité de 97%
- CAM et DSM-IV: sensibilité de 88% et spécificité de 100%

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

### C.A.M.

l'algorithme diagnostique: besoin de Critères 1,2 et 3 ou 1,2 et 4

<b>Critère 1</b>	<b>Début soudain et fluctuation des symptômes:</b> Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement inhabituel a fluctué durant la journée a/n de l'intensité et de sa présence? À demander aux membres de l'équipe, incluant la famille
<b>Critère 2</b>	<b>Inattention:</b> Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention,v.g.: facile à distraire ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit ?
<b>Critère 3</b>	<b>Désorganisation de la pensée:</b> Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, illustrée par une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague et illogique des idées, ou passer du coq à l'âne de façon imprévisible ?
<b>Critère 4</b>	<b>Altération de l'état de conscience:</b> Si vous êtes incapable de répondre par le mot « Alerte » Vigilant-hyperalerte Léthargique-somnolent-se réveille facilement Stuporeux-difficile à réveiller Comateux-impossible à réveiller

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

### C.A.M.

Les 5 autres symptômes

<b>Désorientation</b>	Temps, espace, personnes
<b>Troubles mnésiques</b>	Difficulté à se souvenir des événements récents tels que les raisons de son admission, le déroulement de son hospitalisation et/ou le patient a de la difficulté à se souvenir de consignes simples.
<b>Anomalies de la perception</b>	Hallucinations tant auditives que visuelles et des illusions ou des erreurs d'interprétation
<b>Agitation psycho-motrice</b> Ou <b>Retard psycho-moteur</b>	Ne tient pas en place, se tortille ou gratte les draps, tapote avec les doigts ou change soudainement et fréquemment de position. Lenteur, regard fixe, maintient la même position longtemps
<b>Perturbation du rythme veille-sommeil</b>	Dort une partie de la journée et veille la nuit

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

### Dx différentiel

	Délirium	Démence	Dépression	Psychose
<b>Début</b>	Aigu	Insidieux	Variable	Variable
<b>Évolution</b>	Rapide et fluctuant	Lent et progression constante	Variation durant la journée	Variable
<b>Réversibilité</b>	Parfois	Irreversible	Réversible	Variable
<b>Niveau de conscience et orientation</b>	Oubliation Désorientation	Lucide ad stade final	Généralement normales	Intact, perplexité possible en phase aiguë
<b>Attention et mémoire</b>	Pauvre mémoire à court terme et inattention constante	Pauvre mémoire à court terme sans inattention	Pauvre attention et mémoire intacte	Pauvre attention et mémoire intacte
<b>Cognition</b>	Défaillance cognitive focalisée	Défaillance globale cognitive	Cognitivement intact	Variable
<b>Symptômes psychotiques</b>	Fréquents; idéation psychotique brève et peu élaborée	Moins fréquents	Rare; idéation complexe et en relation avec l'humeur	Fréquents; symptômes psychotiques complexes et paranoïdes souvent
<b>EEG</b>	Anormal 80-90%; ralentissement diffus	Anormal 80-90%; ralentissement fréquent	Normal	Normal
<b>Évaluation et Tx</b>	Urgence	Tx chronique	Psychothérapie et pharmacothérapie	Tx et évaluation psychiatrique

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Type de délirium	Présentation	Risques
<b>Hyperactif :</b> augmentation activité psycho-motrice 15 %	Hypervigilant/Hyperalerte Hallucinations/délusions Débit verbal accéléré et parle fort Jurons Chantage Non coopératif/agressif Cauchemards Facile à distraire Violence /peut blesser les autres ( soignants, patients, famille)	chutes arracher les cathéters quitter l'hôpital
<b>Hypoactif:</b> diminution de l'activité psycho-motrice 19 %	Peu alerte léthargique Somnolent Regard fixe Débit verbal ralenti	Pneumonie d'aspiration plaies de pression Confusion qui interfère avec les soins Dx le plus facile à manquer
<b>Mixte</b> 52 %	Même présentation variables des comportements hyper ou hypo actifs	Tous les risques nommés

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Les situations fréquentes

### Les explications cliniques et pathophysiologiques

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Insuffisance hépatique (hépatomes ou métastases importantes) Insuffisance rénale avancée

- Présentation clinique:
  - Apathie, inattention et irritabilité
  - Peut progresser vers la confusion, hallucination et stupeur
  - Twitching musculaire ,
  - Myoclonies, hoccoquet, et fasciculations
  - Tachypnée, nystagmus, réflexes de succion et grasping
  - Grimaces,
  - Hyperréflexie, asymétrie des réflexes des tendons longs
  - Ictère, ascites, convulsions.

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Syndromes paranéoplasiques et métaboliques

Le cerveau est très sensible aux perturbations métaboliques et aux toxines qui:

- 1. Taxent les besoins énergétiques
- 2. Occasionnent des changements morphologiques
- 3. Occasionnent des anomalies des neurotransmetteurs
- 4. Une perfusion inadéquate du cerveau pour des raisons cardiaques atteignent les fonctions mentales par des filières cytotoxiques et vasogéniques provoquant des oedèmes cérébraux ou une atteinte des circuits inhibiteurs GABAergiques

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Délirium et Hormones

### Exemples :

La vasopressine est synthétisée par les cancers à petites cellules du poumon et peut mener au S.I.A.D.H.

- Il y aura des anomalies du Na et de l'osmolalité
- Comme conséquence: oedèmes, soif, faiblesse généralisée, irritabilité, céphalée, léthargie, et gain de poids.
- La sévérité des signes et symptômes est inversement  $\propto$  concentration du Na

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Délirium et filière immunologique

- La majorité des tumeurs peut être responsable d'une condition fébrile associée à la sécrétion de cytokines et un délirium fébrile en est la conséquence

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Production d'hormones ectopiques et délirium Hypercalcémie

souvent retrouvée avec les patient qui ont:

soit des tumeurs sécrétant des protéines reliées à l'hormone trophique de la parathormone:  
Ovaire, rein, poumon, pancréas, prostate, colon, thymome, leucémie, myélome multiple, LNH

soit Des métastases osseuses du cancer du sein, poumon, rein, tête et cou

soit les traitements lytiques tumoraux des lésions malignes hématologiques

- Clinique: anorexie, nausée, vomissement, constipation, douleur abdominale, polyurie, polydipsie, confusion, et fatigue.

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Hypoglycémie et délirium

- Souvent associée aux cancers gastro-intestinaux, aux tumeurs hépato-cellulaires et en général à toute tumeur qui remplace une très large portion du tissu hépatique normal
- Moins fréquentes avec des tumeurs sécrétant une « Insuline-like growth factor » qui altéreront de façon dramatique le contrôle glycémique: sarcomes rétro-péritonéaux, et les carcinomes surrénaliens
- Clinique:
  - Au début  $\Rightarrow$  nervosité, faim, diaphorèse, tachycardies, anxiété confusion et hébétude,
  - Puis  $\Rightarrow$  mydriase, pâleur, spasmes musculaires, respiration superficielle, bradycardie
  - $\Rightarrow$  coma

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

L'Insuffisance surrénalienne est mise en évidence par une hypoglycémie, une hyponatrémie, une hyperkaliémie, une hypotension et des bas dosages de cortisol sériques et urinaires  
 Les deux causes les plus fréquentes sont une discontinuation trop rapide des exo-corticoïdes ou encore une destruction massive métastatique des deux surrénales  
 Cliniquement ce sont les étourdissements, la faiblesse, l'amaigrissement qui seront les signes d'appel

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

**L'Hypoxia**

Agitation et fatigue peuvent être les deux premiers signes d'hypoxie  
 Hypotension, insuffisance respiratoire et shock hémorragique causeront une encéphalopathie transitoire  
 Si la situation s'aggrave le statut mental diminue, la perte de conscience peut s'ensuivre  
 Comme une hypercoaguabilité est souvent associée aux cancers, les risques de TPP et d'embolies pulmonaires sont accrues avec hypoxie augmentée

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

▪ **La Douleur**

- La douleur aiguë est un des facteurs le plus important qui contribue au délirium en soins intensifs et chez le patient cancéreux.
- La peur et l'anxiété sont les émotions majeures concomitantes de la douleur aiguë surtout lorsqu'il y a peur de mort souffrante
- Des réactions psychotiques peuvent survenir en douleur persistante

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

▪ **Un hôpital, c'est dangereux**

- Les stress augmentent l'activité métabolique au travers de la réponse "fight or flight" élevant d'autant les niveaux de catécholamines, cortisol et d'aldostérone. Ceci favorise l'insomnie, l'accentuation du réflexe d'alarme et une hyperexcitation autonome
- Il y a inhibition de la production de l'insuline et augmentation de la production de glucagon et de dopamine, ce qui favorise un métabolisme accru dans certaines régions du cerveau
- Lorsque les récepteurs dopaminergiques dans le cortex pré-frontal sont activés, l'anxiété, la douleur l'attention, les déficits mnésiques, l'hypervigilance et la paranoïa s'en suivent

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

**Le traitement**

- Analyse des risques vs bénéfices
- Cessation des médicaments délirio-géniques
- Diagnostic rapide
- Les antipsychotiques sont les médicaments de choix sauf pour les délirium causés par R-OH ou par un sevrage rapide aux sédatifs hypnotiques

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

**La palliation de la fatigue et de la confusion**

1. Le seuil d'apparition de l'inconfort et de la désorientation est abaissé chez les patients cachectiques et anxieux

2. L'approche " Résolution de problème" est essentielle

3. La clé du traitement demeure l'apaisement de l'état aigu pendant qu'on corrige la cause si c'est approprié

4. explications

La cause de la confusion est-elle identifiée?

1. Médication: intoxication ou retrait rapide ex: opioïdes, stéroïdes, neuroleptiques, alcool etc
2. Condition physique: douleur, vessie distendue, fécalome, immobilité ou extrême fatigue, lésion cérébrale, infection, insuffisance d'un organe majeur
3. Atteinte métabolique: urémie, hypercalcémie, hyponatrémie, hypoxie, hyper ou hypoglycémie
4. Condition psychologique: Anxiété et Détresse

Conduite appropriée:

1. Mesures générales de support
2. Traitement médicamenteux indiqué à la cause présumée

Rx	Halopéridol	Diazépan	Midazolam	Lévomépromazine
Indications	1. Intoxication Rx 2. altération du sensorium 3. atteinte métabolique 4. hallucinations	1. Anxiété 2. Détresse	1. Anxiété 2. Détresse 3. Risque de convulsion	Besoin d'une 1. sédation alternative ou 2. additionnelle Mais attention
Per os	1.5-3 mg	2-5 mg		12.5-25 mg
Bolus S.C.	2.5 -5 mg		2.5- 10 mg	12.5-25 mg
Perfusion S.C.	5-30 mg/24 h		5-100 mg/24 h	Ad 250 mg/24 h

Répétez les doses prn q 1 heure et Contre-visitez régulièrement souvent jusqu'à contrôle de l'épisode

POURQUOI: des patients très agités peuvent nécessiter de plus grosses doses ou une perfusion continue et pour éviter des sédatifs inappropriés chez un patient qui a encore besoin de parler à ses proches

Algorithme 2005, mis à jour 2007 du Peri-Operative Palliative Care, Palliative Care Formulary, Second Edition, Routledge Medical Press, Ltd 2002

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

## Rx médicamenteux global

Nom Rx	Indication	Effets négatifs
Neuroleptiques (halopéridol, loxapine, olanzapine, risperidone, chlorpromazine)	Psychose aiguë avec comportement destructeur	Rigidité extra- pyramidale, dyskinésie tardive
Anticonvulsivants (Carbamazépine, Gabapentin) Phénobarbital	Pour amoindrir l'agressivité Pour sédation	Sédation, chute
Benzodiazépines À courte demi-vie surtout (rivotril)	Effet anxiolytique	Confusion, chute, incontinence urinaire
Inhibiteurs sélectifs de N-a et Sérotonine	Dépression	Surveiller interactions sur cytochromes
Ritalin, Corticostéroïdes,	Délirium hypotonique	Danger de « shifter » vers hyperactivité

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP

Conclusion  
Soyez perspicaces

Yvon Beauchamp M.D. avril 2008 RQSP