

ITEM 338 : ETAT CONFUSIONNEL

Syndrome confusionnel = altération modérée de la vigilance entraînant une désorganisation globale des fonctions cognitives et comportementales

- Niveaux de conscience : - **Normal** : capable de focaliser, soutenir ou déplacer son attention
- **Distractibilité** : fixation impossible de l'attention, mobilisée par tout nouveau stimulus
- **Obnubilation** : répond et exécute les ordres avec lenteur
- **Etat stuporeux** : réponses verbales ou gestuelles possibles aux stimuli extérieurs
- **Coma** : réponses obtenues seulement par des stimuli nociceptifs

Physio	<p>Mal connu, plusieurs systèmes impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit en acétylcholine → troubles de la cognition et de l'attention - Rôle des cytokines proinflammatoires (IL8, IGF1, IL10...) → neurotoxicité directe - Diminution métabolisme cérébral oxydatif - Élévation cortisol (stress aigu) → pourrait précipiter et/ou pérenniser le syndrome confusionnel 	
Diagnostic (DSM5)	<p>Diagnostic clinique +++ → DSM5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A. Perturbation de l'attention et de la conscience (réalisation de tests d'orientation temporo-spatiale pour s'en assurer) - B. Installation sur un temps court et changement par rapport à l'attention et à la conscience préalable avec fluctuations au cours de la journée (interrogatoire d'un proche pour s'assurer de la rupture avec l'état antérieur) - C. Existence d'une autre perturbation cognitive (déficit mémoire, orientation, langage, habileté visuospatiale...) - D. Perturbations pas mieux expliquées par l'existence d'un trouble neurologique préexistant - E. Mise en évidence que la perturbation est la conséquence directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage à une substance 	
	Sous-types de SC	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion hyperactive → agitation psychomotrice au premier plan - Confusion hypoactive → apathie, repli sur soi, ralentissement psychomoteur (mauvais pronostic) - Forme mixte
	Dépistage	<p>- Confusion Assessment Method (CAM) :</p> <p>1. Début aigu / 2. Troubles attention / 3. Désorganisation du cours de la pensée ou langage / 4. Atteinte vigilance</p> <p>→ Positif si 1 + 2 + (3 ou 4)</p>
DD	<ul style="list-style-type: none"> - Aphasie de Wernicke : propos incohérents, absence de compréhension, mais sans trouble de la vigilance, sans fluctuation nyctémérale et avec respect des autres champs cognitifs - Trouble psychotique aigu : propos diffluent, avec éléments psychiatriques au 1^{er} plan - Ictus amnésique : trouble aigu de l'enregistrement épisodique d'installation brutale, durant 6-8h, spontanément réversible, sans confusion ni désorientation temporo-spatiale et avec vigilance conservée - Syndrome démentiel : trouble chronique (> 6 mois), d'apparition progressive, sans variation nyctémérale 	
Démarche diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier facteurs prédisposants : âge > 80 ans, trouble cognitif sous-jacent, immobilisation, déficit sensoriel (visuel/auditif), dénutrition, polymédication, comorbidités multiples, ATCD de confusion, troubles de l'humeur... (1 facteur → risque x5 de confusion, 2 facteurs → risque x9 de confusion) - Identifier facteurs précipitants : infection, pathologie CV/neuro/endocrino/digestive, douleurs, toxiques (alcool +++), chirurgie avec anesthésie générale, contention, privation sensorielle, iatrogénie +++ 	
	Syndrome confusionnel fébrile	<ul style="list-style-type: none"> - Méningoencéphalite jusqu'à preuve du contraire +++ → PL au moindre doute avant scanner cérébral notamment si pas de déficit focalisé +++ - TTT anti-infectieux après la PL (sauf si purpura fulminans, contre-indication à la PL ou prise en charge hospitalière > 90 minutes → TTT initié sans délai)
	Syndrome confusionnel non fébrile	<p><u>Causes à évoquer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxique : psychotropes, alcool, stupéfiants, médicaments... (sevrage ou excès de prise !) - Métabolique : acidocétose, coma hyperosmolaire, hypercapnie (décompensation BPCO), encéphalopathie hépatique... - Neurologique : hémorragie méningée, AVC, état de mal infraclinique, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, hématome sous-dural ou extradural...
PEC initiale	C	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire de l'entourage et des secouristes : antécédents, traitements, contexte, mode d'installation - Examen général : signes généraux, infectieux, métaboliques - Examen neurologique : niveau de conscience, cotation du score de Glasgow, signes de localisation, signes méningés, orientation étiologique - Examen du scalp : signes de traumatisme récent, cicatrices de lésion ou d'intervention - Examen digestif : abdomen chirurgical, troubles du transit

PEC initiale	PC	- Bilan minimal : NFS, ionogramme, créatininémie, calcémie, CRP, glycémie capillaire et veineuse, BU, saturation, ECG - Selon le contexte : RXT, TSH, bilan hépatique, dosage de traitement, alcoolémie, hémoculture en cas de fièvre, GDS, ECBU, EEG (si suspicion crise convulsive), PL					
		<table border="1"> <tr> <td>Scanner cérébral</td> <td>- En urgence : - Signes de localisation - Traumatisme crânien - Céphalées brutales</td> <td>- 1^{ère} crise d'épilepsie - Modification de l'état de conscience - Suspicion d'hémorragie méningée</td> </tr> <tr> <td colspan="3">- En 2nd intention après exclusion des principales causes non neurologiques de confusion</td> </tr> </table>	Scanner cérébral	- En urgence : - Signes de localisation - Traumatisme crânien - Céphalées brutales	- 1 ^{ère} crise d'épilepsie - Modification de l'état de conscience - Suspicion d'hémorragie méningée	- En 2 nd intention après exclusion des principales causes non neurologiques de confusion	
	Scanner cérébral	- En urgence : - Signes de localisation - Traumatisme crânien - Céphalées brutales	- 1 ^{ère} crise d'épilepsie - Modification de l'état de conscience - Suspicion d'hémorragie méningée				
	- En 2 nd intention après exclusion des principales causes non neurologiques de confusion						
TTT	-> Hospitalisation immédiate généralement nécessaire - Seul le traitement étiologique permet d'améliorer l'épisode confusionnel : régression en quelques jours						
	Mise en condition	- Maintien de la nutrition et de l'hydratation , si besoin par voie parentérale - Installation au calme , en <i>chambre individuelle</i> , avec lumière tamisée et porte ouverte, éviter risque de fugue, maintenir mobilité physique, favoriser présence proches , lutter contre l'isolement sensoriel (lunettes/prothèses auditives+++) - Surveillance régulière : conscience, constantes vitales					
	En cas d'agitation	- Mesures non médicamenteuses de réassurance en 1 ^{ère} intention - Sédatif par voie orale+++ ou injectable : benzodiazépines à demi-vie courte en 1^{ère} intention (Alprazolam/Oxazépam), si agitation sévère → neuroleptique atypique type rispéridone ou olanzapine (contre indiqué si démence à corps de Lewy) /!\ Pas d'atarax ou de cyamémazine (anticholinergique!) - Contention physique : en dernière intention					
Mesures associées	- Arrêt de tous les médicaments non indispensables - Perfusion glucosé + vitamine B1-B6 (1g/jour) et vitamine PP (500 mg/jour) chez l'éthylique						
Prév	- <u>Mesures non pharmacologiques</u> : préservation neurosensorielle , mise en place repères spatiotemporels (calendrier+++), mobilisation précoce, respect du sommeil, hydratation et nutrition adéquats, éviter iatrogénie → Aucune mesure médicamenteuse n'a fait la preuve d'efficacité dans la prévention du syndrome confusionnel						
Causes	Cause neurologique	- Hémorragie méningée - Méningite et méningo-encéphalite : bactérienne, virale, parasitaire, prion - Processus expansif intracrânien : tumeur (primitive ou MT), abcès cérébral, hématome - Infarctus cérébral : du tronc cérébral, des noyaux gris de la base ou de grande taille - Thrombophlébite cérébrale - Traumatisme crânien : hématome sous-dural, extra-dural et intraparenchymateux - Epilepsie : confusion postcritique, épilepsie partielle complexe, état de mal - Toute pathologie neurologique chronique (SEP, Parkinson, Alzheimer...) avec un stress (fièvre déshydratation, etc.)					
	Cause générale	- Trouble hydroélectrolytique : . Hyponatrémie ou hypernatrémie . Hypokaliémie . Hypocalcémie ou hypercalcémie - Trouble glycémique : hypoglycémie, décompensation acidocétosique ou hyperosmolaire - Endocrinopathie : insuffisance surrénale aiguë, dysthyroïdie, insuffisance antéhypophysaire aiguë - Viscérale : insuffisance hépatique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire décompensée ou aiguë - Anémie - Hypoxie/anoxie cérébrale : arrêt cardio-respiratoire, état de choc - Hypercapnie - Trouble de l'équilibre acido-basique - Hypothermie - Post-opératoire					
	Cause localisée	= Sd douloureux, rétention urinaire, fécalome, embolie pulmonaire, trouble du rythme... - Surtout chez le sujet âgé → toute confusion chez le sujet âgé nécessite un examen général					
	Confusion fébrile	- Infection pulmonaire ou urinaire : NFS, VS/CRP, fibrinogène, hémocultures, ECBU, RP systématiques - Méningite ou méningo-encéphalite (signes méningés possiblement absents) - Confusion fébrile prolongée résistant au traitement : foyer infectieux profond = endocardite, abcès - Confusion avec hypothermie : évoque un choc septique à BGN - Autres causes fébriles : . Pathologie générale : arthrite microcristalline, maladie de Horton . Toxique : neuroleptique, anticholinergique, sevrage alcoolique					

Causes	Toxique	<ul style="list-style-type: none"> - Alcool : . Ethylisme aigu : possiblement avec d'autres causes intriquées (traumatisme, hypoglycémie...) . Sevrage : pré-délirium (sueurs, anxiété, tremblement) puis delirium tremens (confusion, délire onirique, agitation, trouble de la marche et de la parole, fièvre, déshydratation) - Toxicomanie : cocaïne, opiacés (pupilles en myosis), LSD, amphétamine... - Intoxication au CO 	
	Iatrogène	<p>= Tout médicament est potentiellement une cause de confusion, notamment aux changements de posologie/associations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement à haut risque : anticholinergique, benzodiazépine, antiépileptique, corticoïdes, L-dopa, agoniste dopaminergique, antihistaminiques H2, digoxine, fluoroquinolone, lithium → Ataxie, dysmétrie, tremblement : évocateur de cause iatrogène ou toxique → Mydriase bilatérale : évocatrice d'une intoxication aux anticholinergiques ou sympathomimétique - Sevrage : barbituriques, benzodiazépines, opiacés 	
	Carence	<ul style="list-style-type: none"> - Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (carence en B1): troubles oculomoteurs, signes cérébelleux, troubles de la marche - Pellagre (carence en PP) : atteinte cutanée (desquamation, glossite), signes extrapyramidaux, diarrhée - Carence en vitamine B12 ou folates → Prévention systématique chez tout patient dénutri ou éthylique chronique : apport systématique en vitamine B1-B6 (1g/j) et PP (500 mg/j) IV 	
	Confusion psychiatrique	= Diagnostic d'élimination, parfois difficile chez un patient aux atcds psychiatriques	
	Confusion psychiatrique	En faveur d'une étiologie organique	<ul style="list-style-type: none"> - Onirisme avec hallucinations ou illusions (essentiellement visuelles) - Thème non spécifique - Délire onirique non systématisé - Sans idée d'influence ou d'automatisme mental
Confusion psychiatrique	En faveur d'une étiologie psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> - Polymorphisme des mécanismes délirants - Hallucinations auditives - Multiplicité des thèmes 	
<ul style="list-style-type: none"> → Les causes métaboliques et toxiques sont les plus fréquentes → Plusieurs causes peuvent être associées chez un patient 			