

## 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

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

PEC initiale	PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan minimal : NFS, ionogramme, créatininémie, calcémie, CRP, glycémie capillaire et veineuse, BU, saturation, ECG</li> <li>- Selon le contexte : RXT, TSH, bilan hépatique, dosage de traitement, alcoolémie, hémoculture en cas de fièvre, GDS, ECBU, EEG (si suspicion crise convulsive), PL</li> </ul>
		<b>Scanner cérébral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En urgence : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes de localisation</li> <li>- Traumatisme crânien</li> <li>- Céphalées brutales</li> </ul> </li> <li>- En 2<sup>nd</sup> intention après exclusion des principales causes non neurologiques de confusion</li> </ul>
	TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Hospitalisation immédiate</b> généralement nécessaire</li> <li>- Seul le traitement <b>étiologique</b> permet d'améliorer l'épisode confusionnel : régression en quelques jours</li> </ul>
		<b>Mise en condition</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Maintien de la nutrition et de l'hydratation</b>, si besoin par voie parentérale</li> <li>- Installation au <b>calme</b>, en <i>chambre individuelle</i>, avec lumière <b>tamisée</b> et porte ouverte, éviter risque de fugue, maintenir <b>mobilité</b> physique, favoriser présence <b>proches</b>, lutter contre <b>l'isolement sensoriel</b> (lunettes/prothèses auditives+++)</li> <li>- Surveillance régulière : conscience, constantes vitales</li> </ul>
<b>En cas d'agitation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mesures non médicamenteuses de réassurance</b> en 1<sup>ère</sup> intention</li> <li>- <b>Sédatif</b> par voie orale+++ ou injectable : <b>benzodiazépines à demi-vie courte en 1<sup>ère</sup> intention</b> (Alprazolam/Oxazépam), si agitation sévère → <b>neuroleptique atypique</b> type rispéridone ou olanzapine (contre indiqué si démence à corps de Lewy)</li> <li><i>/!\ Pas d'atarax ou de cyamémazine (anticholinergique!)</i></li> <li>- <b>Contention physique</b> : en dernière intention</li> </ul>		
	<b>Mesures associées</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt de tous les médicaments non indispensables</li> <li>- <b>Perfusion glucosé + vitamine B1-B6</b> (1g/jour) et <b>vitamine PP</b> (500 mg/jour) chez l'éthylique</li> </ul>	
Prév	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Mesures non pharmacologiques</u> : préservation <b>neurosensorielle</b>, mise en place <b>repères spatiotemporels</b> (calendrier+++), <b>mobilisation</b> précoce, respect du <b>sommeil</b>, <b>hydratation</b> et <b>nutrition</b> adéquats, éviter <b>iatrogénie</b></li> <li>→ <b>Aucune mesure médicamenteuse</b> n'a fait la preuve d'efficacité dans la prévention du syndrome confusionnel</li> </ul>	
Causes (absent du collége)	Cause neurologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hémorragie méningée</b></li> <li>- <b>Méningite et méningo-encéphalite</b> : bactérienne, virale, parasitaire, prion</li> <li>- Processus expansif intracrânien : <b>tumeur</b> (primitive ou MT), <b>abcès cérébral</b>, <b>hématome</b></li> <li>- <b>Infarctus cérébral</b> : du tronc cérébral, des noyaux gris de la base ou de grande taille</li> <li>- <b>Thrombophlébite cérébrale</b></li> <li>- <b>Traumatisme crânien</b> : <b>hématome sous-dural</b>, <b>extra-dural</b> et <b>intraparenchymateux</b></li> <li>- <b>Epilepsie</b> : <b>confusion postcritique</b>, <b>épilepsie partielle complexe</b>, <b>état de mal</b></li> <li>- <b>Toute pathologie neurologique chronique</b> (SEP, Parkinson, Alzheimer...) avec un <b>stress</b> (fièvre déshydratation, etc.)</li> </ul>
	Cause générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble hydroélectrolytique : <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Hyponatrémie</b> ou <b>hypernatrémie</b></li> <li>. <b>Hypokaliémie</b></li> <li>. <b>Hypocalcémie</b> ou <b>hypercalcémie</b></li> </ul> </li> <li>- Trouble glycémique : <b>hypoglycémie</b>, <b>décompensation acidocétosique</b> ou <b>hyperosmolaire</b></li> <li>- Endocrinopathie : <b>insuffisance surrénale aiguë</b>, <b>dysthyroïdie</b>, <b>insuffisance antéhypophysaire aiguë</b></li> <li>- Viscérale : <b>insuffisance hépatique</b>, <b>insuffisance rénale</b>, <b>insuffisance cardiaque</b>, <b>insuffisance respiratoire</b> décompensée ou aiguë</li> <li>- <b>Anémie</b></li> <li>- <b>Hypoxie/anoxie cérébrale</b> : arrêt cardio-respiratoire, état de choc</li> <li>- <b>Hypercapnie</b></li> <li>- <b>Trouble de l'équilibre acido-basique</b></li> <li>- <b>Hypothermie</b></li> <li>- <b>Post-opératoire</b></li> </ul>
	Cause localisée	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Sd douloureux</b>, <b>rétention urinaire</b>, <b>fécaldome</b>, <b>embolie pulmonaire</b>, <b>trouble du rythme...</b></li> <li>- Surtout chez le sujet âgé → toute confusion chez le sujet âgé nécessite un examen général</li> </ul>
	Confusion fébrile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Infection pulmonaire</b> ou <b>urinaire</b>: NFS, VS/CRP, fibrinogène, hémocultures, ECBU, RP systématiques</li> <li>- <b>Méningite</b> ou <b>méningo-encéphalite</b> (signes méningés possiblement absents)</li> <li>- Confusion fébrile prolongée résistant au traitement : <b>foyer infectieux profond</b> = <b>endocardite</b>, <b>abcès</b></li> <li>- Confusion avec hypothermie : évoque un <b>choc septique</b> à BGN</li> <li>- Autres causes fébriles : <ul style="list-style-type: none"> <li>. Pathologie générale : <b>arthrite microcristalline</b>, <b>maladie de Horton</b></li> <li>. Toxique : <b>neuroleptique</b>, <b>anticholinergique</b>, <b>sevrage alcoolique</b></li> </ul> </li> </ul>

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