



# Le patient âgé en delirium regard pratique

*Michel Dugas*

**Vous approchez de la chambre avec appréhension, car M<sup>me</sup> Petitpas, en delirium depuis trois jours, a encore eu une nuit difficile. Sa famille vous attend de pied ferme. Sa fille, en colère, vous apostrophe en exigeant des explications.**

**« Qu'est-ce que vous avez fait à ma mère ? Elle est rentrée pour une chute banale et, là, elle est complètement mêlée. Ma mère était très lucide, docteur ! Êtes-vous certain que c'est un delirium ? En 2009, il me semble qu'on aurait pu éviter cela ! Qu'allez-vous faire ? »**

**La patiente souffre-t-elle vraiment de delirium ? Peut-on prévenir le delirium ? Comment traiter M<sup>me</sup> Petitpas ?**

**P**LUSIEURS ARTICLES de revue traitant du delirium ont été publiés dans les dernières années<sup>1</sup>. Difficile de réinventer la roue, mais je vous propose un regard différent en vous invitant à réfléchir sur la définition du delirium, la façon de le prévenir et l'emploi des neuroleptiques.

## Comment définit-on le delirium ?

M<sup>me</sup> Petitpas est hospitalisée pour une chute et des fractures des côtes. Elle est souffrante et dyspnéique. Comme elle devient agitée, le personnel de soir lui installe une contention et lui donne 30 mg d'oxazépam (Serax).

Hippocrate parle du delirium dans ses écrits, en en reconnaissant deux formes, la *phrenitis* (agitée) et la *lethargicus* (hypoactive). Le mot *delirium* vient du latin *delirare* qui signifie : sortir du sillon<sup>2</sup>. Il est étonnant de constater que même s'il est connu depuis l'Antiquité, le delirium n'est souvent pas diagnostiqué. Au cours des dernières années, la recherche a permis de mieux en comprendre les facteurs de risque, les causes, le traitement ainsi que les répercussions sur le patient et le système de santé<sup>3</sup>.

Sa physiopathologie reste mal comprise<sup>4</sup>. La recherche fondamentale nous permet de comprendre

*Le Dr Michel Dugas, gériatre, est professeur adjoint au Département de médecine de l'Université Laval, à Québec.*

## Tableau 1

### Critères de la Confusion Assessment Method (CAM)

Le diagnostic de delirium repose sur la présence des critères 1 et 2, et du critère 3 ou 4.

- 1. Début aigu et fluctuation de l'état du patient**
  - ☉ Est-ce que l'état mental du patient change rapidement ?
- 2. Inattention**
  - ☉ Est-ce que le patient a de la difficulté à être attentif ?
  - ☉ Est-ce que le comportement du patient fluctue ?
- 3. Pensée désorganisée**
  - ☉ Est-ce que la pensée du patient est désorganisée ou incohérente ? Le patient passe-t-il du coq-à-l'âne ?
- 4. Altération de l'état d'éveil**
  - ☉ Le patient est-il hypervigilant ou hypovigilant, voire stuporeux ?

que la lésion est plus fonctionnelle que structurelle et entraîne une faille dans la transmission cholinergique et sérotoninergique, en particulier dans la substance réticulée, structure en cause dans le maintien de l'éveil et de l'attention.

Le delirium est fréquent quoique les données sur la prévalence soient imprécises, parce que le diagnostic reste difficile à établir<sup>5</sup>. Selon Inouye<sup>3</sup>, la prévalence du delirium, dans la population âgée, à l'admission est de 14 % à 24 % et l'incidence en cours d'hospitalisation de 6 % à 56 % ! Il est difficile de se faire une

## Tableau II

### Facteurs de risque et précipitants<sup>1</sup>

#### Facteurs de risque

- ⊗ Âge avancé
- ⊗ Abus d'alcool
- ⊗ Perte d'autonomie fonctionnelle
- ⊗ Dépression
- ⊗ Déshydratation et dénutrition
- ⊗ Immobilité
- ⊗ Insuffisance rénale
- ⊗ Multiples maladies concomitantes (diabète, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, maladie coronarienne, etc.)
- ⊗ Troubles cognitifs (démence)
- ⊗ Troubles de la vision et de l'audition

#### Facteurs précipitants

- ⊗ Accident vasculaire cérébral
- ⊗ Conditions iatrogènes diverses, dont admission aux soins intensifs
- ⊗ Intervention effractive
- ⊗ Contention
- ⊗ Troubles hydroélectrolytiques
- ⊗ Douleur
- ⊗ Emploi de psychotropes
- ⊗ Infections
- ⊗ Malnutrition et déshydratation
- ⊗ Prise de plus de six médicaments
- ⊗ Prise de plus de trois nouveaux médicaments
- ⊗ Sevrage (alcool, benzodiazépine, narcotique, etc.)
- ⊗ Sonde urinaire

idée précise des causes du phénomène. On peut affirmer que la prévalence augmente dans la population âgée ayant une fragilité importante, groupe de plus en plus présent dans nos milieux de soins.

Le diagnostic du delirium repose sur des critères cliniques. La Confusion Assessment Method (CAM), un outil qui utilise des critères apparentés à ceux du *DSM-IV*, est très reconnue dans la littérature<sup>6</sup>. Avec sa forme abrégée, on analyse le patient à l'aide de quatre questions standardisées (*tableau I*). La validité de la CAM a été prouvée. Sa sensibilité est de 95 % et sa spécificité de 90 %, pour une valeur prédictive positive et négative de 94 % et 90 % respectivement.

#### *Ma mère était lucide !*

*En faisant le tour de la question avec la famille, il devient évident que M<sup>me</sup> Petitpas avait des problèmes cognitifs en évolution. Ses enfants se disaient toutefois que c'était normal à son âge !*

Le concept classique de delirium doit être réévalué. On associe classiquement le delirium à un syndrome aigu, de courte durée et réversible. Il faut ajuster cette façon de voir et réaliser que ces trois déterminants peuvent être faux. Le delirium peut se présenter de fa-

çon insidieuse, surtout si le patient est atteint de la forme hypoactive. Le personnel soignant peut ainsi ne pas voir ce qui se passe. Lorsque le delirium survient chez un patient fragile et *a fortiori* atteint de démence, la courte durée et la réversibilité sont loin d'être une certitude. On devrait aborder le problème d'un autre angle, c'est-à-dire qu'un delirium de courte durée indique probablement que l'état du patient est assez bon et que les chances de récupération sont bonnes. À l'inverse, si le tableau de delirium se prolonge, il est probable que le patient soit atteint de démence. La réversibilité est alors incertaine.

On a mis en parallèle démence et delirium comme diagnostic différentiel en comparant des caractéristiques comme le mode de début ou la durée. Le delirium est souvent plutôt « un mode d'entrée » en démence, c'est-à-dire que plusieurs patients atteints de démence ne sont pas diagnostiqués. Comme la démence est un facteur de risque de delirium, elle est mise en évidence et diagnostiquée après un premier épisode de delirium.

#### **Comment prévenir le delirium ?**

*Lorsque M<sup>me</sup> Petitpas a été évaluée en début d'hos-*

**Si le tableau de delirium se prolonge, il est probable que le patient soit atteint de démence. La réversibilité est alors incertaine.**

Repère

pitalisation, le médecin n'a pas procédé à une collecte de données sur son état cognitif ou fonctionnel. Après son entrée, comme elle commençait à s'agiter, elle a été mise sous contention et a reçu une benzodiazépine, puis elle s'est déshydratée. Le personnel l'a ensuite isolée dans une chambre.

Comme plus de la moitié des cas de delirium surviennent après l'admission à l'hôpital, il est impératif de tenter de le prévenir. Les données indiquant qu'on peut, en y mettant les ressources, prévenir le delirium sont de plus en plus probantes<sup>3</sup>.

Si on garde en tête le dépistage comme objectif, on est sur la bonne voie. Il faut favoriser le repérage des sujets à risque et aussi de ceux qui seront exposés à des stress physiologiques pouvant mettre le feu aux poudres. Dans la littérature, on reconnaît une foule de facteurs de risque et précipitants (*tableau II*). Parmi ceux-ci, l'atteinte cognitive est à mon sens une pierre angulaire du risque, car elle rend la personne âgée plus susceptible de souffrir de delirium même si elle n'est exposée qu'à une agression physiologique relativement bénigne. Malheureusement, nos interventions amènent souvent des facteurs précipitant le delirium, surtout en ce qui a trait au traitement médicamenteux. Dans la littérature, l'âge fait partie des facteurs de risque. Toutefois, la morbidité accumulée au fil des ans est un facteur plus important que l'âge en soi, sauf dans les extrêmes de la vie.

On reconnaît une relation synergique entre les facteurs de risque et les facteurs précipitants. Un sujet présentant plusieurs facteurs de risque sera plongé dans un delirium par des facteurs précipitants relativement bénins alors que le sujet dont l'état est bon ne le sera qu'une fois exposé à des conditions critiques. Chez les patients plus âgés, soit ceux de 80 ans et plus, le médecin devrait systématiquement faire un bilan gériatrique (cognitif, fonctionnel, pharmacologique) avant toute intervention chirurgicale effractive ou médicale importante (Ex. : chimiothérapie).

Une fois les sujets à risque repérés, on peut appliquer certaines mesures simples mais efficaces pour

## Encadré

### Prévention du delirium

1. Garder le patient orienté dans le temps, le lieu et les personnes. S'assurer de l'exposer à des activités cognitives stimulantes.
2. Optimiser le sommeil avec des liquides chauds sans caféine, de la musique, un niveau sonore réduit et un programme qui évite de réveiller le patient.
3. Mobiliser le patient fréquemment (3 fois par jour).
4. S'assurer de lui mettre ses lunettes ou autres aides visuelles.
5. S'assurer de lui mettre ses appareils auditifs ou d'utiliser des amplificateurs portatifs et de lui enlever ses bouchons de cérumen, le cas échéant.
6. Prévenir la déshydratation.

prévenir le delirium<sup>7</sup>. En ciblant six éléments, on diminue le risque de delirium (*encadré*).

Le défi est d'appliquer ces interventions dans notre contexte hospitalier. Comme pour les programmes de prévention des infections, il devrait y avoir des programmes de prévention du delirium. Le D<sup>r</sup> Inouye, qui a beaucoup écrit sur le sujet, a mis sur pied un programme intégré de prévention du delirium, appelé HELP (*Hospital Elder Life Program*), qui s'est révélé efficace. Dans les milieux où il a été mis en œuvre, les économies engendrées permettent de l'autofinancer<sup>8</sup>. Pour plus de renseignements, consultez le [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org).

Il importe de comprendre la place qu'occupe la famille dans l'approche du delirium et de retenir que ce problème est méconnu de la population générale. Il est angoissant pour la famille de voir un proche qu'elle jugeait intègre sur le plan cognitif devenir agité, agressif, victime d'hallucinations ou stuporeux. En raison des déboires du système de santé, plusieurs familles deviennent méfiantes et sont convaincues qu'il y a eu erreur médicale. Il faut rapidement s'asseoir avec les proches pour leur expliquer la situation, leur parler du pronostic et créer une alliance. Une famille en opposition et méfiante draine énormément d'énergie. À l'inverse, une famille qui comprend et qui participe

**Un programme intégré de prévention du delirium, appelé HELP (Hospital Elder Life Program), s'est révélé efficace. Dans les milieux où il a été mis en œuvre, les économies engendrées permettent de l'autofinancer. Pour plus de renseignements, consultez le [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org).**

Repère

### Tableau III

#### Composantes de l'approche du delirium – Prévention et intervention

- ④ Approche non pharmacologique
  - ⚡ Correction de désafférentation
  - ⚡ Mobilisation
  - ⚡ Positionnement
  - ⚡ Hydratation et nutrition
- ④ Approche pharmacologique
  - ⚡ Révision du traitement médicamenteux
  - ⚡ S'assurer d'une oxygénation adéquate et de l'intégrité hémodynamique
  - ⚡ Traitement des infections et de la douleur
  - ⚡ Traitement du tableau d'agitation – Agressivité
- ④ Réadaptation fonctionnelle et soutien à la famille

aux efforts de réadaptation devient un outil d'intervention. De plus, il ne faut pas hésiter à aborder le caractère possiblement non réversible du delirium si on soupçonne une démence à l'anamnèse ou si le delirium se prolonge. On prépare le terrain pour certaines décisions difficiles qui devront être prises si le patient ne récupère pas à l'intérieur de quatre à six semaines.

#### Comment intervenir auprès d'un patient atteint de delirium ?

*Dans le cas de M<sup>me</sup> Petitpas, on adopte une approche visant à réduire au minimum les contentions, même s'il est impossible de toutes les enlever, et à rajuster le traitement pharmacologique, car elle répond partiellement aux neuroleptiques.*

#### Approche non pharmacologique

Lorsqu'on planifie le traitement, on doit inclure quatre niveaux d'intervention<sup>9</sup>. Il ne s'agit pas d'étapes qu'on aborde une après l'autre, mais d'interventions

menées en parallèle : le traitement des causes et facteurs précipitants, la maîtrise des complications comportementales, la prévention des complications physiques, la réadaptation fonctionnelle et le soutien de la famille (tableau III). La prise en charge des cas complexes demande une attitude interdisciplinaire surtout pour ce qui est de l'immobilisation, de la gestion des contentions et de la prévention des complications physiques, telles que les escarres de décubitus.

#### Traitement pharmacologique

Les neuroleptiques se sont imposés comme traitement incontournable du delirium dans sa forme hypervigilante. Malgré une littérature abondante, il existe peu de données vraiment convaincantes sur l'efficacité réelle des neuroleptiques ou la supériorité de l'un par rapport à l'autre. L'halopéridol (Haldol) est la clé de voûte du traitement aigu des complications comportementales, mais Lacasse et coll.<sup>10</sup> prétendent qu'il n'y a pas de données scientifiques rigoureuses pour en soutenir l'emploi systématique. Selon ces auteurs, l'expérience clinique, l'extrapolation à la personne âgée d'études sur d'autres populations et les bienfaits théoriques en ont répandu l'utilisation.

Au début de 2008, une excellente revue qui dresse la liste de toutes les études sur l'emploi des neuroleptiques atypiques a été publiée<sup>11</sup>. Il en ressort que la majorité de ces études portent sur de petits nombres de patients et risquent donc de manquer de puissance statistique. Par ailleurs, dans plusieurs études, la méthodologie est critiquable. Il ressort que la rispéridone (Risperdal) est le médicament le plus étudié. Son efficacité est constante d'une étude à l'autre quant à l'amélioration des symptômes comportementaux. Les études sur l'olanzapine (Zyprexa) révèlent la même tendance. Peu d'études ont porté sur la quétiapine (Seroquel). Dans les études comparatives, l'halopéridol cause plus d'effets indésirables extrapyramidaux.

**Une famille en opposition et méfiante draine énormément d'énergie. À l'inverse, une famille qui comprend et qui participe aux efforts de réadaptation devient un outil d'intervention.**

**Lorsqu'on planifie le traitement, on doit inclure quatre niveaux d'intervention : le traitement des causes et facteurs précipitants, la maîtrise des complications comportementales, la prévention des complications physiques, la réadaptation fonctionnelle et le soutien de la famille.**

Repères

Enfin, aucun des neuroleptiques atypiques ne semble supérieur aux autres.

Il faut éviter les neuroleptiques si le patient ne présente que des comportements anormaux sans être agressif, ce que je désignerai par l'expression « agitation stérile », comme déambuler dans la chambre en vidant les tiroirs. Une approche behavioriste et environnementale devrait être utilisée dans ce genre de manifestations comportementales. Toutefois, nous ne pouvons pas, malgré tous les efforts pour employer une approche non pharmacologique, ne pas traiter les patients agressifs, victimes d'hallucinations ou dangereux pour eux ou leur entourage.

L'halopéridol à petites doses et la rispéridone restent nos choix d'agent thérapeutique initiaux. On commence l'halopéridol par une dose de 0,25 mg à 1 mg que l'on répète toutes les trente minutes à une heure sans dépasser de 4 mg à 6 mg par 24 heures selon le gabarit du patient<sup>1</sup>. Pour ce qui est de la rispéridone, on commence par une dose de 0,25 mg au coucher. Après un ou deux jours, on augmente la dose à 0,25 mg, deux fois par jour, puis chaque jour ou deux jours, selon la réponse clinique, on augmente de 0,25 mg la dose quotidienne jusqu'à une dose maximale de 1 mg par 24 heures, encore une fois selon le gabarit de la personne (*tableau IV*).

Pour ce qui est des autres agents pharmacologiques, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ne se sont pas révélés efficaces dans la prévention du delirium, tout comme l'halopéridol prophylactique en période préopératoire. Les benzodiazépines sont essentielles dans le traitement des sevrages de l'alcool et de benzodiazépines, mais peuvent nuire en diminuant la vigilance du patient. Il n'y a pas de place pour les agents GABAergiques, comme la gabapentine (Neurontin) ou l'acide valproïque (Depakene), qui sont plutôt employés dans le traitement des troubles du comportement liés à la démence. Même s'il existe peu de données probantes sur la trazodone (Desyrel), certaines études en ont décrit l'utilisation à raison de 12,5 mg à 50 mg au coucher lorsque le delirium est particulièrement actif la nuit ou que le cycle veille-sommeil est inversé.

Il ne faut pas perdre de vue que si l'efficacité des médicaments reste incertaine, la présence des effets indésirables, elle, ne fait aucun doute. Outre les effets extrapyramidaux, plusieurs chercheurs soulè-

## Tableau IV

### Exemples de protocole d'utilisation des neuroleptiques

#### Début du traitement par l'halopéridol (Haldol), en cas d'agitation intense

- ☉ Halopéridol, 0,25 mg – 1 mg, à donner immédiatement par voie orale ou intramusculaire
- ☉ Halopéridol, 0,25 mg par voie orale ou intramusculaire, toutes les 30 minutes à 1 heure
- ☉ Maximum de 4 mg à 6 mg par 24 heures

#### En cas d'agitation modérée ou pour prendre le relais de l'halopéridol

Donner 0,25 mg de rispéridone (Risperdal) ; après un ou deux jours, passer, selon la réponse du patient, à :

- ☉ 0,25 mg, 2 f.p.j., puis après un ou deux jours à ;
- ☉ 0,25 mg le matin et 0,5 mg l'après-midi, puis après un ou deux jours de plus à ;
- ☉ 0,5 mg, 2 f.p.j., ce qui constitue la dose maximale.

#### Si l'agitation est intense et ne répond pas à la rispéridone

- ☉ Olanzapine (Zyprexa), de 1,25 mg à 2,5 mg au coucher
- ☉ Ne pas dépasser de 7,5 mg à 10 mg

#### En cas de sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines

- ☉ Lorazépam (Ativan), de 0,25 mg à 0,5 mg, de 2 à 3 f.p.j.
- ☉ Dose à ajuster selon le poids et la consommation du patient

vent la possibilité d'une augmentation du risque de décès chez les patients âgés prenant des neuroleptiques atypiques<sup>12</sup>.

Il faut garder en tête que le but du traitement pharmacologique est finalement de nous permettre d'approcher le patient, non de le mettre sous sédation. Les neuroleptiques restent des outils valables lorsqu'ils sont utilisés avec prudence, que les doses sont adaptées et réévaluées et que l'on fait de petits ajustements graduels.

**A** PRÈS DEUX SEMAINES, malgré plusieurs journées difficiles, l'état de M<sup>me</sup> Petitpas s'est stabilisé. On s'en est tenu à des doses modestes de neuroleptiques atypiques. Son cycle veille-sommeil se rétablit. Elle émerge lentement de son état d'agitation, mais présente une détérioration de sa mobilité malgré les efforts de l'équipe soignante. La famille reste sceptique, mais reconnaît tout de même qu'elle n'était pas si « lucide » que cela au moment de son admission. ☞

## Summary

**A practical look at the elderly patient with delirium.** Through the history of a patient who has developed delirium symptoms after an invasive intervention, we review the whole delirium concept by presenting diagnosis generalities in order to question and reevaluate its definition in a context of high prevalence of cognitive deficiency among an aged and fragile population. We also study the synergy between risk factors and precipitating factors and propose preventive action targets. Emphasis is put upon the necessity to relay quality information to the family, thus enabling their participation in the resolution of prolonged delirium. Finally, neuroleptics' role is criticized with the help of literature, which does not demonstrate efficacy of one more than the other.

**Keywords:** delirium, prevention, intervention, neuroleptics

**Date de réception :** 27 juin 2008

**Date d'acceptation :** 4 septembre 2008

**Mots clés :** delirium, prévention, intervention, neuroleptiques

Le D<sup>r</sup> Michel Dugas n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Morin M, Piuze F. Le delirium. Comment éviter soi-même la confusion. *Le Médecin du Québec* 2004; 39 (6) ; 71-7.
2. Rockwood K, Lindsay J. The concept of delirium. Dans : Lindsay J, Rockwood K, Macdonald A, rédacteurs. *Delirium in old age*. 1<sup>re</sup> éd. Oxford: Oxford University Press. 2002.
3. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354 (11) : 1157-65.
4. Trzepacz P, Van der Mast R. The neuropathophysiology of delirium. Dans : Lindsay J, Rockwood K, Macdonald A, rédacteurs. *Delirium in old age*. 1<sup>re</sup> éd. Oxford: Oxford University Press. 2002. pp. 51-91.
5. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. *Age Ageing* 2006; 35 : 350-64.
6. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA et coll. Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for the detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990; 113 (12) : 941-8.
7. Lyons WL. Delirium in post-acute and long-term care. *J Am Med Dir Ass* 2006; 7 : 254-61.
8. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Baker DI. The hospital elder life program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 : 1697-706.
9. Marcantonio E. The management of delirium. Dans : Lindsay J, Rockwood K, Macdonald A, rédacteurs. *Delirium in old age*. 1<sup>re</sup> éd. Oxford: Oxford University Press. 2002. p. 122.
10. Lacasse H, Perreault MM, Williamson DR. Systematic review of anti-psychotics for the treatment of hospital-associated delirium in medically or surgically ill patients. *Ann Pharmacother* 2006; 40 : 1966-73.
11. Ozbolt LB, Paniagua MA, Kaiser RM. Atypical antipsychotics for the treatment of delirious elders. *J Am Med Dir Ass* 2008; 9 : 18-28.
12. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J et coll. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med* 2005; 353 (22) : 2335-41.