

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest



Confusion

DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES

Avec le soutien
de la Ligue contre
le cancer
du Val-de-Marne



Novembre 2009
2^{ème} version

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION DU CADRE	1	CONCLUSIONS	11
RECONNAÎTRE LE SYNDROME CONFUSIONNEL	2	ARBRE DÉCISIONNEL	12
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL : LES ASPECTS PSYCHIATRIQUES	3	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	13
DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE	4		
ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES	6		
ASPECTS ÉTHIQUES	10		

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest

Confusion

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie
du Val-de-Marne Ouest

• Onco 94 Ouest

CHSP – 24 rue Albert Thuret

94 669 Chevilly-Larue Cedex

Tél : 01 46 63 00 33 Fax : 01 46 63 19 28

email : contact@onco94.com

Site internet : www.onco94.org

Association Loi 1901

n° SIRET : 443 872 411 00014 – n° APE : 913 E

VERSION MISE À JOUR PAR

- ♦ Dr Sarah Dauchy • *Psychiatre* • IGR • Villejuif
- ♦ Dr Pierre Ruffié • *Oncologue thoracique* • IGR • Villejuif
- ♦ M. Laurent Cenard • *Directeur Onco 94 Ouest* • Chevilly-Larue

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL INITIAL

- Animateur du groupe** : Dr Mario Di Palma • *Médecin spécialiste* • IGR
- Mme Geneviève Bridier • *Infirmière libérale* • Villejuif • Dr Sabine Brule • *Médecin généraliste* • Saint-Maur-des-Fossés • M. Laurent Cenard • *Directeur Onco 94 Ouest* • Chevilly-Larue
 - M. Jean-Pierre Charré • *Infirmier libéral* • L'Haj-les-roses • M. François Creachcadec • *Infirmier libéral* • Champigny-sur-Marne • Dr Danièle De Gueyer • *Médecin généraliste* • Créteil
 - Dr Mario Di Palma • *Médecin spécialiste* • IGR • Villejuif • Dr Eric Durupt • *Médecin généraliste* • Vincennes
 - La-Varenne-Saint-Hilaire • Dr Madeleine Favre • *Médecin généraliste* • Vincennes
 - Mme Monyque-Marie Lecouteur • *Infirmière libérale* • Le Plessis-Robinson • Dr Bernard Legouy • *Médecin généraliste* • Arcueil • Dr Philippe Marian • *Médecin généraliste* • Arcueil
 - Mme Lina Mendes • *Diététicienne* • Créteil • Dr Charles Oliny • *Médecin généraliste* • Vitry-sur-Seine
 - M. John Pinte • *Infirmier libéral* • Villejuif • Dr Pierre Ruffié • *Oncologue thoracique* • IGR • Villejuif
 - Dr Christian Vedel • *Médecin généraliste* • L'Haj-les-roses

Mots clés

Confusion, syndrome confusionnel, délirium (*attention : en anglais, la confusion se traduit par delirium ; le délire se dit delusion*)

DÉFINITION

Le delirium est l'association :

- de perturbations de la conscience avec trouble de l'attention,
- de modifications du fonctionnement cognitif (mémoire, orientation, langage...) et/ou perceptions (hallucinations, illusions, interprétations),
- d'installation aiguë et d'évolution fluctuante,

Souvent révélée par des symptômes du registre psychiatrique, elle est toujours d'origine organique et traduit une souffrance cérébrale.

La fréquence de la confusion est sous-estimée :

Elle est en moyenne de 45 % chez le patient cancéreux hospitalisé (jusqu'à 80% en phase palliative).

Le syndrome confusionnel resterait non diagnostiqué dans près de la moitié des cas. Ce syndrome pose en effet un problème de diagnostic évident, en raison :

- du caractère fluctuant des troubles,
- de leur étiologie fréquemment multifactorielle,
- de la possible confusion avec d'autres troubles psychiatriques (anxiété, troubles caractériels, dépression, démence...).

Le délirium est une urgence médicale potentielle : sa présence est associée à des taux de mortalité de 10 à 65 %. Faire un diagnostic précoce est donc essentiel, ce qui implique la reconnaissance des troubles dès la phase prodromique :

- modifications du contact : patient perplexe, perdu, hésitant,
- modifications d'attitude : sondes, perfusions arrachées, refus de soins, d'alimentation
- modifications de la communication et du langage : propos décousus, bizarres, réponse à côté, inadaptées,
- modifications du sommeil : inversion du cycle nyctéméral, sommeil agité, cauchemars, insomnie,
- modifications sensorielles : hypersensibilité visuelle ou auditive, avec interprétations, parfois à tonalité persécutive, puis illusions visuelles (déformation des perceptions, initialement critiquées).

RECONNAÎTRE LE SYNDROME CONFUSIONNEL

- **Obnubilation de la conscience :**
 - conscience diminuée,
 - baisse de la capacité à focaliser et maintenir l'attention.
- **Altération des fonctions cognitives :**
 - mémoire (amnésie surtout antérograde),
 - désorientation temporo-spatiale,
 - troubles du langage,
 - interprétations, illusions, hallucinations.
- **Présence de troubles psychomoteurs :**
 - excitation psychomotrice : délirium hyperactif,
 - ralentissement psychomoteur : délirium hypoactif.
- **Perturbations du sommeil et du rythme nyctéméral :** début brutal avec fluctuation diurne des symptômes.

2

Le repérage est clinique et repose sur l'évaluation systématique de l'état cognitif du patient (sous diagnostic des formes hypoactives), ainsi que sur la qualité des transmissions interéquipes ou de l'interrogatoire familial.

- **Certains outils d'évaluation et/ou de diagnostic existent et sont validés en français :**
 - Mini-mental test,
 - Telecom,
 - Nu-Desc.
- **Ces instruments peuvent représenter une aide utile :**
 - Possibilité de quantifier les troubles,
 - Reproductivité de l'échelle, d'un évaluateur à l'autre mais aussi dans le temps (patients évalués par plusieurs équipes, suivis au domicile),
 - Caractère peut-être moins agressif pour le patient encore conscient de ses troubles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL : LES ASPECTS PSYCHIATRIQUES

Un délirium hypoactif peut prendre l'allure d'un syndrome dépressif :

- Ralentissement psychomoteur, repli, refus d'alimentation, troubles du sommeil...
- L'ampleur des troubles cognitifs, la chronologie des troubles et l'absence de symptômes dépressifs plus spécifiques (anhédonie ou absence de plaisir, douleur morale, culpabilité) font le diagnostic.

Un délirium hyperactif peut évoquer des troubles caractériels :

- Refus de soins,
- Agitation anxieuse ou physique,
- Faire préciser la personnalité antérieure (interrogatoire de l'entourage), chercher un conflit, un malentendu (traitement...).

L'existence d'hallucinations ou d'éléments persécutifs peut faire évoquer un trouble psychotique, schizophrénique ou paranoïaque :

- Les hallucinations du schizophrène sont d'abord auditives, celles du confus d'abord visuelles,
- La schizophrénie est une maladie à début précoce (18-25 ans),
- L'interprétation souvent persécutive du confus est en règle secondaire aux illusions ou aux hallucinations.

Certains troubles peuvent prendre aussi une allure pseudo-confusionnelle :

- Troubles anxieux : attaque de panique,
- Troubles dépressifs : mélancolie anxieuse ou délirante,
- Difficultés de communication, d'élocution ou de compréhension majeures.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Avant tout : éliminer une urgence

Ensuite : rechercher une cause curable

Penser aux associations de facteurs favorisants :

- Age élevé,
- Polymédication, médicaments psycho actifs,
- Peu d'interactions sociales,
- Faibles performances cognitives antérieures.

Bilan à réaliser :

- Interroger le malade et l'entourage (antécédents, anamnèse, traitements...)
- Une révision attentive de la liste des médicaments est l'étape la plus importante. Penser au sevrage alcoolique ou à un arrêt d'une prise ancienne de BZD,
- Examen clinique sans oublier la recherche d'un globe vésical, d'un fécalome (sujet âgé),
- Examens complémentaires, à adapter à l'état clinique et au pronostic vital.

Chez le patient atteint d'un cancer, penser prioritairement :

- Facteurs biologiques :
 - Hyponatrémie, hypercalcémie, hypomagnésémie,
 - Anémie ou leucostase,
 - Hypoxie, hypercapnie.

- Facteurs iatrogéniques :
 - Analgésiques, y compris palier II (tramadol),
 - Chimiothérapie,
 - Psychotropes,
 - Corticothérapie,
 - Radiothérapie cérébrale,
 - Certains antibiotiques (ex : quinolones),
 - Certains médicaments pourtant d'usage courant (ex : Cimetidine, Omeprazole) ; rare mais y penser quand la chronologie est en faveur

- Atteintes cérébrales (métastases cérébrales plus que tumeur primitive) :
 - TDM d'abord voire IRM même sans signe de localisation,
 - PL dans un second temps si premier examen normal pour éliminer une méningite,
 - Même en contexte oncologique penser à l'AVC, à l'hématome extra ou intradural.

ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES

Approche relationnelle spécifique :

- Il est important de rester calme, de donner des explications claires au patient et à sa famille, de les rassurer (« non le patient n'est pas fou ») et d'expliquer chaque geste.
- Limiter à un ou deux référents (infirmiers, médecins) le nombre des intervenants auprès du patient.
- Des mesures générales sont également importantes : maintenir l'environnement aussi constant que possible, rappeler régulièrement le jour, le lieu, la date, notre nom, notre fonction afin de fournir au patient des repères.
- Limiter le nombre de visites, mais encourager la présence continue d'un proche.
- Eviter toute source d'hyperstimulation : chambre tranquille et suffisamment éclairée, surtout à la tombée de la nuit.
- Attention aux objets pouvant être dangereux (traitements médicamenteux à proximité du patient confus, par exemple)
- Dans la mesure du possible, on évitera les contentions et les barres, pouvant majorer le vécu de persécution et d'angoisse.

Traitements médicamenteux :

● Principes :

- Traiter rapidement les symptômes pour éviter le « cercle vicieux » lié à l'agitation,
- Ne pas transférer en psychiatrie,
- Eviter la contention,
- Eviter les associations multiples : un ou deux produits sédatifs à doses élevées sont plus efficaces et d'une toxicité plus prévisible que plusieurs produits à dose insuffisante, surtout lorsqu'ils sont à demi-vie longue comme le Tranxene[®],
- Penser aux origines médicamenteuses,
- Suspecter tout médicament introduit récemment,
- Mais en l'absence d'anomalie métabolique ou d'association expliquant une intolérance, conserver le traitement de base ancien (antalgique, BZD).

Les médicaments utilisés :

Des neuroleptiques ou antipsychotiques, pour lutter contre l'onirisme/ les éléments délirants et les troubles du comportement.

- **Halopéridol (Haldol®)**

- Solution buvable : Haldol* 2 mg/ml, 1 mg = 10 gouttes (ne pas confondre avec l'Haldol* faible, dosé à 0,5 mg/ml soit 1 mg = 40 gouttes)
- Solution injectable : 1 ml = 5 mg

- **Loxapine (Loxapac®) : action rapide sur l'agitation**

- Solution buvable (1 goutte = 1 mg)
- Solution injectable (1 amp = 25 mg)

- **Chlorpromazine (Largactil®) : sédatif mais moins bonne tolérance**

- Solution buvable (1 goutte = 1 mg)
- Solution injectable (1 amp = 25 mg)

- **Olanzapine (Zyprexa®) : anxiolytique et mieux toléré au plan cognitif**

- Cp de 2,5 – 7,5 – 10 – 15 – 20 mg
- Solution injectable (1 amp = 10 mg)

Des benzodiazépines

- **Lorazepam (Temesta®)**

- Action rapide
- Demi-vie : 12 heures (non modifiée par insuffisance rénale)
- 1 cp = 1 mg (cp sécable) ou 1 cp = 2,5 mg
- Effet anxiolytique

- **Midazolam (Hypnovel®)**

- Action rapide
- Demi-vie : 2 à 3 heures modifiées par :
 - Rein, foie, âge,
 - Les 2 métabolites actifs potentiels
- Présentation : solution injectable
- Posologie très variable suivant la susceptibilité individuelle et l'effet recherché
- Réservé aux confusions résitantes en phase palliative.

Effets secondaires de l'halopéridol (et autres neuroleptiques) :

- Augmentation des effets dépressifs de la morphine (surveillance fréquence respiratoire),
- Dystonies précoces : contractures, spasmes musculaires (visage, yeux), salivation, déglutition, torticolis. Elles sont angoissantes et accrues par l'angoisse. Le traitement possible est la tropaténine (Lepticur®) 10 mg IVL,
- Syndrome parkinsonien,
- Déambulation anxieuse (akathisie) : impossibilité de rester dans la même position, impatiences, apparition précoce, dose dépendante, diminuer la dose ou ajouter de faibles doses de BZD,
- Effets anticholinergiques,
- Hyperthermie, syndrome malin,
- Effets cardiovasculaires.

Toxicité neurologique des nouveaux antipsychotiques considérablement diminuée.**Les protocoles usuels (voir arbre décisionnel p.12)****Confusion modérée :****• Voie orale possible**

- Haldol® solution buvable 2 mg/ml

Dose initiale : 1 à 3 mg en 2 à 3 prises/jour, à adapter de 12 h en 12 h.

• Voie orale impossible

- Haldol® ampoules à 5 mg

Dose initiale : 2,5 mg en IM ou IVL une à deux fois par 24 heures

● **Confusion avec troubles importants du comportement (voie orale en générale impossible) :**

- **Voie IV ou IM avec titration jusqu'au contrôle de l'agitation,**
- **Haldol® solution injectable**
 - 2,5 à 5 mg IV lent ou IM, à répéter toutes les 2 heures jusqu'au contrôle de l'agitation (le plus souvent bien tolérés jusqu'à 15-20 mg)
 - Après obtention du contrôle : relais par voie orale (1/2 ou 2/3 dose IV ou IM des premières 24 h).

● **Efficacité de l'Haldol® insuffisante**

- **Voie orale possible**
 - Ajout à l'Haldol® du Temesta® 1 à 3 mg/24 heures jusqu'au contrôle de l'agitation
- **Voie orale impossible :**
 - Essai autre antipsychotique (ex : Zyprexa®) ou association (ex : Haldol® + Largactil*)
- **Voie orale impossible et confusion en phase terminale**
 - Ajout à l'Haldol® de l'Hypnovel® débuté par 1 à 2 mg sur 12 h en SC ou IV (PSE sur 12 h renouvelable),
 - Dose à moduler selon l'état clinique.

● **Dans tous les cas : surveillance fréquente et régulière conscience, fréquence respiratoire, TA et température.**

ASPECTS ETHIQUES :

- **La présence de troubles cognitifs** ne dispense pas d'apporter au patient une information sur son état (pas seulement confusionnel) mais doit conduire à adapter l'information et à la répéter (les troubles sont fluctuants).
- **Un refus de soins** chez un patient confus doit être autant que possible respecté (mais s'oppose souvent la nécessaire assistance à personne en danger).
- **Attention à la réduction des traitements** antalgiques si la cause de la douleur n'a pas été traitée : le risque est alors de générer la reprise douloureuse chez un patient non communiquant du fait de la confusion.
- **La confusion** n'est pas a priori une indication de sédation en fin de vie (SFAP 2002) en raison de son caractère en général fluctuant et de sa perception partielle par le patient. Cependant, une anxiolyse majeure peut-être transitoirement nécessaire, notamment quand le vécu oniroïde entraîne une angoisse insupportable pour le patient.

CONCLUSION

Y penser toujours

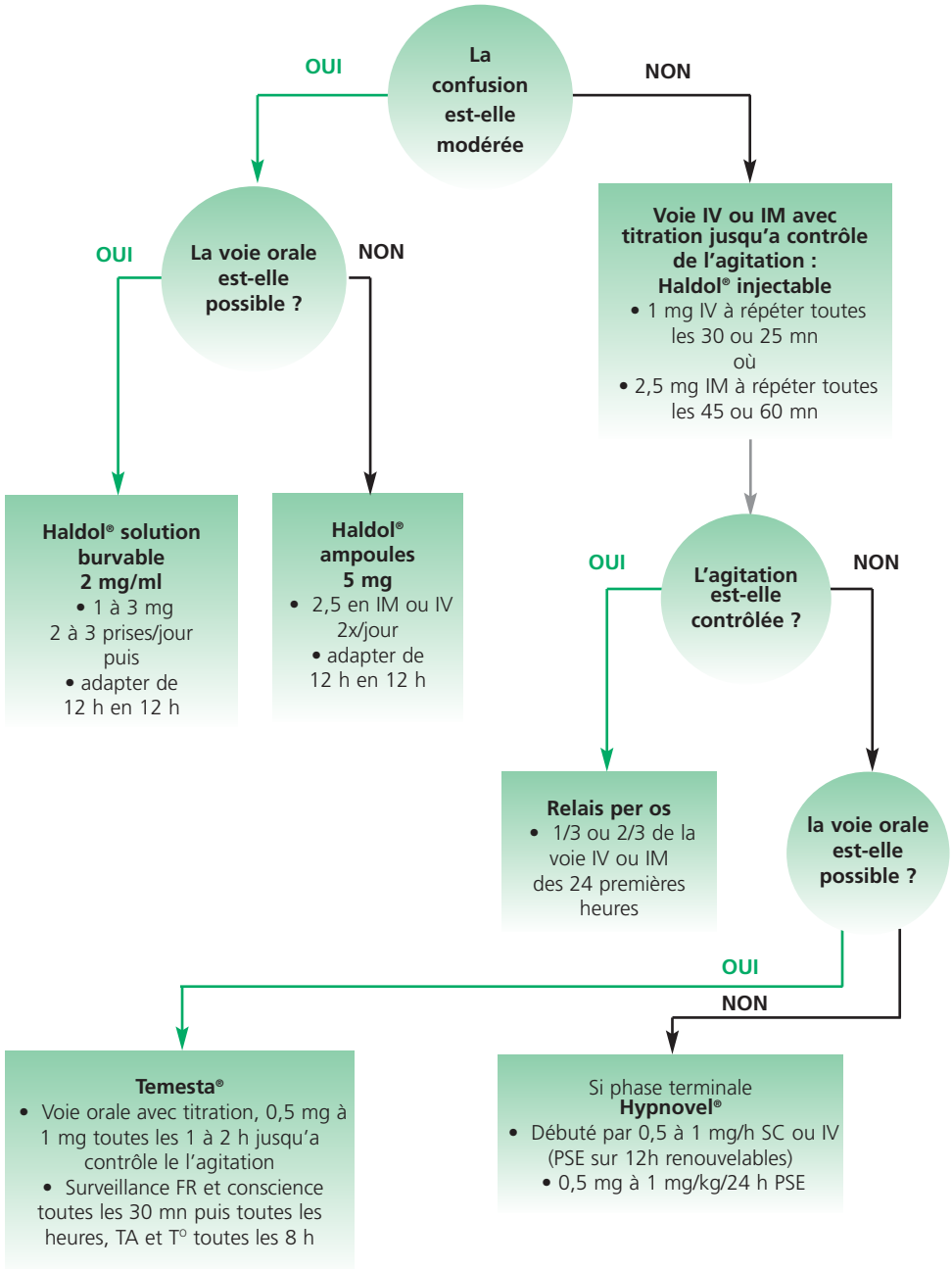
La rechercher de façon insistante devant tout ce qui peut évoquer des prodromes, en particulier des perturbations du caractère ou du comportement d'installation brutale, fluctuantes, non expliquées (agressivité, refus de soin, fugue, cris nocturnes, somnolence diurne...)

Se rappeler que l'absence à un temps donné d'un trouble fluctuant ne permet pas de l'éliminer : plusieurs évaluations sont nécessaires

Le traitement symptomatique ne doit pas faire négliger la recherche de la cause et le traitement étiologique quand il est possible.

ARBRE DÉCISIONNEL

12



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ◆ Reich M.G., Razavi D. - *Les syndromes confusionnels en cancérologie* - Bulletin du cancer Cancer 1996 ; 83 ; 115-28
- ◆ Reich M.G., Lassaunière J.M. - *Prise en charge de la confusion mentale (« delirium ») en soins palliatifs : exemple du cancer médecine palliative* - Vol 2 ; n°2 ; avril 2003 ; 55-71
- ◆ Gagnon P., Allard P., Masse B. et A. - *Delirium in terminal cancer : a prospective study using daily screening, early diagnosis and continuous monitoring.* J Pain Symptom Manage 2000 ; 19 ; 412-426.
- ◆ Caracen A., Grassi L. - *Delirium acute confusional states in palliative medicine* - A Oxford University Press ; New York ; 2003.

Confusion



Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest • Onco 94 Ouest
CHSP – 24 rue Albert Thuret – 94 669 Chevilly-Larue Cedex
Tél : 01 46 63 00 33 Fax : 01 46 63 19 28
email : contact@onco94.org - Site internet : www.onco94.org
Association Loi 1901 - n° SIRET : 443 872 411 00014 – n° APE : 913 E
La Ligue contre le cancer. Comité du Val-de-Marne Tél. : 01 48 99 48 97