

Syndrome confusionnel

CAS CLINIQUE N° 1

- Mr B. 75 ans , autonome, vit seul à domicile
- Traitement : Aprovel*, Kardegic*, Stilnox*, Iaroxyl*
- Antécédents : éthyliste ancien, HTA
- Retrouvé un matin par son aide familiale, incohérent
 - Habillé incomplètement, mal boutonné
 - Alterne agitation et somnolence
 - N'a pas pu faire son petit déjeuner,
 - Ne sait pas la date
 - L'aide familiale appelle l'ambulance.

- Aux Urgences:

- Examen clinique normal en dehors de la confusion
- Pas de déficit

QU'EVOQUEZ VOUS , Que faites vous?

- Interrogatoire de l'entourage ++++ :
 - Antécédents: Alcoolisme (importance, sevrage ou non, ancienneté, épilepsie)
 - Prises médicamenteuses, depuis quand?

Quels examens en urgence?

- Biologie: ionogramme, NF, Alcoolémie, toxiques (bzd)
- EEG en urgence: signes d'épilepsie, anomalies d'origine métabolique,...
- TDM cérébral : tumeur? Hématome sous-dural? AVC?
- PL si fièvre : Méningite? Encéphalite?

- Tout est normal sauf l'EEG: pointes ondes diffuses et continues
- Diagnostic: ETAT DE MAL EPILEPTIQUE NON CONVULSIVANT A EXPRESSION CONFUSIONNELLE.
- Injection de RIVOTRIL → Normalisation du tracé et de la clinique
- Cause retrouvée à l'interrogatoire du patient: arrêt brutal du STILNOX 72 h avant, associé au LAROXYL et à l'éthylisme, qui sont épileptogènes
- Faut-il prescrire un traitement antiépileptique?
 - NON
 - Changer l'anti-dépresseur

Détection d'un syndrome confusionnel aigu à domicile

- Définition:
 - Début brutal
 - Perturbation aiguë de l'attention , de la conscience de l'environnement
 - Troubles de vigilance et du rythme veille-sommeil
 - Troubles du comportement psycho-moteur
 - Incohérence du discours
 - Possibilité d'hallucinations par mauvaise perception de l'environnement
 - 3 formes:
 - hyperactive: agitation, agressivité
 - hypoactive : prostration, stupeur, léthargie
 - mixte

Facteurs de risque

- Non médicamenteux :
 - Age
 - Troubles cognitifs préexistants
 - Malvoyance (DMLA)
 - Dépression
 - Déshydratation
 - Troubles électrolytiques
 - Malnutrition
 - Infection
 - Polymédication
 - Maladies associées
 - Chutes et décubitus prolongé
 - Constipation (fécalome)
 - Rétention aiguë d'urines

- Médicamenteux

- Benzodiazépines
- Anticholinergiques
- Antidépresseurs tricycliques
- Morphine et dérivés

Détection à domicile

- L'ECA est une urgence médicale qu'il faut savoir détecter par tout intervenant auprès des personnes âgées. Il peut compromettre le retour à domicile et précipiter la mise en institution
- Tout changement brutal ou rapide du comportement doit faire suspecter un ECA , même s'il y a des troubles cognitifs préexistants. Un ECA peut survenir au cours d'une démence
- Attention au piège des formes hypoactives ++
- Importance de la prévention:
 - Prises médicamenteuses contrôlées
 - État nutritionnel et d'hydratation
 - Correction des troubles visuels, éclairage des pièces
 - Prévention des infections, troubles sphinctériens

Cas clinique n° 2

- Mr Y 82 ans
- Maladie de Parkinson depuis 14 ans , veuf, vit à domicile avec aides, une fille qui vit à 500kms
- Stade des fluctuations motrices de sa maladie: blocages et akinésie
- Traitement : - Modopar 125 à 7h, 12h, 14h, 17h, Requip LP 4 mg
1 le matin

Cas clinique n°2

- Depuis 1 mois: augmentation du tremblement, a du mal à se lever et faire sa toilette, mange peu les repas livrés à domicile
- Appel du Méd. traitant: → augmentation du REQUIP à 6mg/j
- Pas de modif. de son état , mais plus agressif, survenue d'hallucinations le soir et la nuit.
- Appel du Méd. Traitant: → RISPERDAL oro 1mg le soir
- Le lendemain matin, rappel du méd. par les aides à domicile: totalement bloqué, ne peut être levé et mobilisé, ne peut avaler ses médicaments.
- → hospitalisation: akinésie ++troubles de déglutition, confus
- Biologie normale, bandelette urinaire positive (leuco ++), pas de fièvre, ECG normal, TDM normal
- Que peut-on évoquer?

Cas clinique n° 2

- Problème médicamenteux typique:
 - Syndrome confusionnel aigu déclenché par l'augmentation du REQUIP. Il vaut mieux si le malade est sous-dosé, augmenter la Dopa, mieux tolérée à cet âge, et sur l'ancienneté du PK
 - Aggravation des signes PK liée au Risperdal. Il faut éviter les neuroleptiques chez les parkinsoniens hallucinés. Ce sont des antagonistes de la dopamine...
- Quelle est la cause de son état et de son hospitalisation?

- L'infection Urinaire
- La décompensation brutale d'un syndrome parkinsonien doit faire rechercher une infection ou une autre cause, métabolique, cardiaque, rétention urinaire, fécalome, avant de proposer des modifications de traitement.