

JAMU
5 MAI 2001
La confusion mentale n'est pas une urgence
psychiatrique

1. INTRODUCTION :

La confusion mentale est un syndrome non spécifique, aigu qui témoigne d'une souffrance cérébrale. Il s'agit d'une urgence médicale car le pronostic vital est mis en jeu. Elle nécessite une intervention médicale immédiate afin d'effectuer un examen clinique soigneux et un bilan paraclinique complet pour entamer le traitement symptomatique et étiologique qui s'imposent et qui modifient le plus souvent le pronostic.

2. DEFINITION :

Il s'agit d'un état aigu transitoire, réversible, associant :

- * une obnubilation de la conscience
- * une désorientation spatiale et temporelle
- * un état de délire onirique
- * des troubles somatiques

traduisant un état de souffrance cérébrale dont l'étiologie est à repérer le plus rapidement possible afin de proposer une thérapeutique salvatrice.

3. Historique :

- description française, Delasiauve, Chaslin, 1855
- réaction exogène - syndrome psycho-organique aigu des Allemands
- delirium dans le DSM IV

4. Sémiologi

4.1 Début

LE MODE DE DEBUT:

* progressif en quelques jours, céphalées, vertiges, troubles du sommeil, irritabilité, asthénie, troubles de l'humeur.

* parfois brutal, obnubilations, désorientation, accès d'onirisme entraînant des troubles du comportement

4.2 Etat

4.2. LA PHASE D'ETAT: peut être inaugurée par un accès d'agitation généralisée, ou bien encore par une stupeur. L'alternance agitation et prostration est souvent observée.

4.2.1. L'aspect du patient est évocateur présentant un air égaré et perplexe. Le regard est vide, ("ils ont des yeux mais ils ne voient pas " Delasiauve)le visage est pâle la tenue vestimentaire est négligée. La démarche est hésitante. Le malade s'assoit, se couche, se relève avec des gestes imprécis.

L'activité est désordonnée avec des stéréotypies gestuelles ou des ébauches d'automatismes professionnels. Le malade peut présenter des impulsions, des raptus violents.

Le débit de la parole est très variable, bavardage succédant à un mutisme, paroles rares ou chuchotées ou encore phrases incomplètes.

4.2.2. Les troubles intellectuels: sont d'intensité variable et fluctuante. Ils comportent :

- Une désorientation temporo-spatiale avec des erreurs grossières sur les dates actuelles ou passées, et une méconnaissance des lieux. La perplexité est caractéristique de la recherche et des efforts du confus.

- Une obnubilation de la conscience : le malade ne comprend pas ou saisit partiellement la question posée. Il tente de répondre et témoigne d'une certaine conscience de l'état pathologique, mais la fatigabilité intellectuelle est rapide.

L'attention et la capacité de concentration sont faibles voire impossibles. Il existe une impossibilité de toute synthèse mentale, de tout jugement.

- Les troubles de la mémoire sont importants avec altération de la mémorisation des faits récents. On note aussi le manque de rigueur dans l'évocation des souvenirs et des représentations anciens. Il s'agit d'une amnésie rétro et antérograde par difficultés d'évocation et impossibilité de fixation du présent.

4.2.3. Le délir onirique ou onirisme : Il comprend des hallucinations essentiellement visuelles (scènes d'animaux : zoopsies, thèmes professionnels) mais aussi auditives, tactiles et cénesthésiques.

Elles sont mobiles, variables dans leurs thèmes et leur intensité, polymorphes, incohérentes. Cet onirisme est un délire vécu, actif : Le sujet vit pleinement l'expression avec une intense réactivité émotionnelle : il crie, parle, se débat, s'agite et des impulsions de fuite ou de défense peuvent le rendre dangereux pour lui même ou pour autrui.

Le délire est polymorphe et très variable évoluant par poussées avec une recrudescence à l'obscurité et au bruit d'où la nécessité de placer ces malades dans un endroit calme et éclairé.

4.2.4. Les signes organiques sont constants :

- Les signes d'altération de l'état général sont directement liés à la malnutrition, à l'agitation et aux désordres électrolytiques. L'élévation de la température, l'amaigrissement, la déshydratation guident la demande d'examen complémentaires (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, ionogramme, urée, glycémie...) et imposent les premières mesures thérapeutiques : réhydratation, nursing.

- L'examen physique sera pratiqué dans un but étiologique:

* Examen neurologique à la recherche de signes en foyer, une raideur méningée, des mouvements anormaux, une polynévrite, des signes d'hypertension intra crânienne

* Appréciation de l'état respiratoire, cardio-vasculaire, hépatique.

* Recherche auprès des proches d'antécédents d'épilepsie, d'alcoolisme, d'intoxication... et de tout élément qui pourrait orienter vers une étiologie que confirmeront les examens complémentaires. L'hospitalisation doit être effectuée le plus rapidement possible en vue d'un bilan paraclinique (E.E.G, scanner).

5. Formes Cliniques

5.1. LES FORMES SYMPTOMATIQUES:

Elles sont définies par la prédominance de l'aspect confusionnel, de l'aspect onirique, ou par l'intensité du syndrome organique.

- La confusion stuporeuse avec suspension de l'activité motrice et intellectuelle. Le malade est immobile, mutique et ne s'alimente pas. L'onirisme manque ou reste très discret.

- Les formes agitées ou les risques hétéro-agressifs sont majeurs.

- Les formes oniriques ou l'onirisme est au premier plan.

- Les formes frustes caractérisées par un ralentissement idéique, une lenteur et une imprécision verbale, une fatigabilité intellectuelle, une dysmnésie et des imprécisions dans l'orientation temporo-spatiale.
- Les formes suraiguës, représentées par le « délire aigu », syndrome malin rapidement évolutif souvent mortel, où les signes organiques étaient d'emblée inquiétants.

5.2. FORMES SELON L'AGE:

5.2.1. Chez l'enfant: Le syndrome confusionnel classique est rare. On observe fréquemment un onirisme avec désorientation temporo-spatiale de courte durée au cours d'accès fébrile.

5.2.2. Chez l'adulte âgé: La confusion mentale s'observe plus souvent chez les personnes âgées qu'à tout autre âge. Elle représente le mode habituel de réactions à diverses agressions, maladies organiques, changement de milieu de vie, thérapeutiques intempestives, désafférentation visuelle ou auditive, hospitalisation avec ou sans intervention chirurgicale. Son évolution est généralement favorable mais elle peut déboucher, en absence d'une prise en charge adéquate, sur des altérations psychiques graves (démence) voire même la mort.

6. EVOLUTION:

Elle dépend de l'étiologie, en règle, la guérison se fait actuellement sans séquelles. Parmi les signes d'amélioration on notera le retour au calme, la critique des hallucinations et surtout la normalisation du sommeil.

Parfois, le malade demeure perplexe avec quelques vagues souvenirs de l'onirisme, sinon une amnésie lacunaire de la période confusionnelle. On peut observer aussi l'existence d'idées fixes post-oniriques.

7. Diagnostic

Positif

Il se fera habituellement sans difficulté majeure.

Il repose sur la reconnaissance d'une symptomatologie aiguë fluctuante qui associe une obnubilation intellectuelle et une désorientation temporo-spatiale. L'onirisme et la perplexité anxieuse sont des arguments diagnostiques importants.

Négatif

7.1 : Les troubles psychotiques

La **bouffée délirante**, (hallucinations auditives plus marquées, troubles de l'identité plus que de la conscience, négativité des explorations complémentaires), **état d'agitation maniaque** dans les formes agitées, existence d'antécédents, pas de véritable trouble de la conscience.

Mélancolie stuporeuses moins variables dans le temps, existence d'antécédents familiaux, négativité des explorations.

7.2 : Les autres troubles psycho-organiques

Les **démences** : la perplexité est moindre, ainsi que le délire onirique. L'évolution est chronique, sans fluctuation, mais beaucoup de personnes âgées présentent des états confuso-démenciels.

8 : Etiologi

Elles sont multiples ; il faut toujours rechercher une cause organique.

8.1 : Causes toxiques

8.1.1. Exogènes :

* alcoolisme : ivresse confusionnelle, delirium tremens, sevrage brutal, amélioration rapide actuellement mais pronostic en fonction de la dépendance à l'alcool, encéphalopathie de Gayet Wernicke

* intoxication psychoactive : Haschich ; éther à forte dose, solvant, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques, opiacées. Evoquer aussi le sevrage.

* Intoxication professionnelle ou accidentelle : oxyde de carbone, plomb, arsenic.

* intoxication médicamenteuse, notamment chez la personne âgée : antidépresseurs, benzodiazépines, lithium, corticoïdes, antibiotiques ...

8.1.2. Endogènes :

* troubles métaboliques : hyper ou déshydratation, hypo par carence sodée (Addison), troubles glucidiques (hypo), troubles cardiologiques et respiratoires, causes rénales, pancréatites

* troubles endocriniens : hypo ou hyperthyroïdie, insuffisance surrénale,

8.2 Causes neurologiques

Encéphalite, tumeur cérébrale, hypertension intracrânienne, A.V.C., encéphalite hypertensive, T.C., hématome extradural, épilepsie.

8.3. Causes infectieuses

typhoïde, Brucellose, syphilis, paludisme, sida, rickettsiose.

8.4 Causes psychiatriques

émotion au cours de catastrophes naturelles, d'accident, de guerre. La frayeur fait éclater les

défenses : fragilité de la personnalité, schizoïde, schizotypique, phobique, psychose puerpérale.

9. Traitement

9.1 Traitement symptomatique

en milieu hospitalier .

Le traitement de la confusion est avant tout étiologique. Le médecin est appelé à poser un diagnostic précis. Pour cela, il est nécessaire d'adopter une attitude favorisant une mise en confiance du patient. Il faudra tendre la main au patient, se présenter clairement, l'appeler par son nom en répétant les questions si son attention est trop flottante, afin de pouvoir pratiquer l'examen somatique indispensable.

Tout au cours de l'examen, la réassurance verbale, l'explication des gestes médicaux, la répétition des consignes, le contact physique (en prenant la main ou l'épaule du patient) évitent les raptus anxieux ou agressif. De plus cette attitude aide le patient à exprimer son vécu et permet de mieux préciser la symptomatologie psychique.

L'isolement complet, s'il est nécessaire, doit être passager, le malade étant placé dans une chambre calme avec un éclairage modéré de jour et de nuit, un rétablissement rapide de lien avec la réalité sera toujours bénéfique.

La contention doit bien sûr être évitée dans la mesure du possible. Lorsqu'elle s'avère nécessaire, elle doit être présentée comme un geste thérapeutique, de protection et de sécurité et non une sanction.

La réhydratation pourra se faire par voie buccale, absorption fréquente à intervalle régulière de petites quantités de boissons riches en sels minéraux et en glucides.

La prévention d'escarres doit être systématique. Si l'agitation est importante, le recours aux médicaments à visée sédatrice est indispensable. Le choix du traitement est fonction de l'importance de l'agitation.

Le méprobamate (équanyl) : une à deux ampoules I.M. est particulièrement indiqué chez l'éthylique. Le diazépam (valium), en l'absence des signes d'insuffisance respiratoire est indiqué lorsque l'agitation reste modérée avec une forte composante anxieuse à raison de 10 à 20 mg en I.M.

Lorsque l'agitation est plus sévère, on aura recours aux neuroleptiques: chlorpromazine (largactil) 25 à 50 mg ou encore sultopride (barnétil) une ampoule à 200 mg.

Au total la conduite à tenir résumé à :

* soins généraux, chambre calme, éclairée et surveillée. Traitement, tension artérielle, température, relation.

* sédation de l'agitation par neuroleptiques, anxiolytiques, benzodiazépines I.M. toutes les 4 heures avec surveillance stricte.

* réhydratation qui devient possible par voie orale (3 à 6 litres) + apport calorique, vitamines, sinon réanimation dans les cas graves.

9.2 Traitement étiologique

Orientation éventuelle vers des services spécialisés : réanimation, infectiologie, neurochirurgie, etc ...

10. CONCLUSION:

La confusion mentale est surtout une urgence somatique dont il faut rapidement poser le diagnostic afin d'instituer, le plus rapidement possible, une thérapeutique adaptée seule garante d'une évolution favorable.

Pour en savoir plus

AZORIN J-M, DASSA D, TRAMONI V, PERETTI P, DONNET A - Confusion mentale - Editions Techniques-Encycl Méd. Chir. (Paris - Franc), Psychiatrie, 37124A10, 1992, 9p

BOTTERO A, PCANOULI, - PSYCHIATRIE DE L'ADULTE. Edition Maloin 1992

BERNARD P, TROUVE S, - SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE - EDITION Masson 1977

**DE CLERCQ M,FERRAND I ,ANDREOLI A.URGENCES PSYCHIATRIQUES ET
PSYCHIATRIE DES URGENCES. - Editions Techniques-Encycl. Méd.Chir.(Paris -
France),Psychiatrie ,37678A10,1996,13p**

GUELFY JULIEN DANIEL -PSYCHIATRIE- EDITION PUF1993
