

Etat confusionnel aigu chez la personne âgée

Delirium in the elderly

S. Higuët¹ et A. Higuët²

¹Service de Gériatrie, C.H.U. de Charleroi, ²Service des Urgences, A.Z. Sint-Maria, Halle

RESUME

L'état confusionnel aigu chez la personne âgée est fréquent et malheureusement sous-diagnostiqué. Pourtant les conséquences sont non négligeables, à savoir une augmentation de la mortalité hospitalière, un risque élevé de dépendance à 6 mois avec un risque concomitant d'institutionnalisation majoré. Les présentations cliniques sont définies selon qu'elles soient hyperactives, hypoactives ou mixtes.

Les facteurs de risque prédisposants et précipitants sont bien connus.

La physiopathologie n'est pas encore bien comprise actuellement mais l'on sait que l'inflammation et les neuromédiateurs jouent un rôle important.

La prévention primaire et secondaire peut être encouragée. En particulier, tout patient âgé ayant présenté un épisode confusionnel aigu pourrait être référé en consultation de la mémoire après l'hospitalisation, le delirium pouvant représenter un signe annonciateur d'une démence ultérieure.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 78-85

ABSTRACT

Delirium in the elderly is common but unfortunately underdiagnosed.

The consequences could be significant such as an increase of the mortality in the hospital, loss of autonomy and increased risk to be institutionalized.

The presentation of the delirium could be hyperactive, hypoactive or mixed.

The predisposing and precipitating factors are well known. The physiopathology is not yet well defined but the inflammation and the neuromediators are involved.

It is important to develop primary and secondary prevention, but also to propose a follow in memory clinics for all elderly people who having suffered from delirium during hospitalization because a confusional state could be the first step towards future dementia.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 78-85

Key words : delirium, elderly people, dementia

HISTORIQUE¹

Déjà au temps d'Hippocrate (460-366 av. J.-C.), l'on évoquait les états confusionnels sous deux formes : la phrénitis (folie) caractérisée par une agitation, une excitation et une insomnie, et la léthargie (*delèthargos* : sommeil léthargique) qui se manifeste par une somnolence et une inertie. Celse (25 av. J.-C.-50 apr. J.-C.) parlera de *delirium* (*delirare* : s'écarter du sillon). Ce terme sera associé à la folie et à la démence.

En anglais, le terme *delirium* était utilisé jusqu'au XIX^e siècle pour désigner les troubles mentaux aigus, potentiellement réversibles, associés aux infections et aux intoxications.

Le concept de confusion mentale (le mot confusion vient du latin *confondere* : mêler) est né en France avec Delasiauve (1851) et a remplacé celui de démence aiguë. Mais c'est Philippe Chaslin qui, en 1895, donna une description extensive de la confusion mentale qu'il nomma primitive par opposition aux confusions mentales secondaires à des troubles mentaux les plus divers (manie, mélancolie, délires, etc.). Le terme de confusion mentale ou d'état confusionnel est demeuré depuis lors d'usage courant en France. Il a été adopté en Allemagne (*verwirrtheit*) alors qu'en anglais, le terme *delirium* a prédominé sur celui de " *confusional state* ", ces termes désignant aussi bien les confusions hypo- que hypervigilantes. En France, l'emploi du terme *delirium* n'a persisté que pour désigner le *delirium tremens*, état confusionnel

hypervigilant accompagné d'onirisme et de tremblements, qui survient au cours du sevrage d'intoxications chroniques, le plus souvent éthyliques, ce qui n'est pas le cas en Belgique où le terme *delirium* est utilisé pour tout état confusionnel aigu.

La confusion mentale est aujourd'hui considérée comme un syndrome d'étiologies multiples, mais dont le noyau spécifique demeure discuté : trouble de la conscience, de l'attention, de la cognition ou de la régulation veille-sommeil, chacun de ces termes posant lui-même des problèmes de définition. Cette difficulté se reflète dans les modifications successives des critères de diagnostic de l'Association Psychiatrique Américaine au cours des différentes éditions de son manuel de classification des maladies mentales de 1980 (DSM-III) à 2000 (DSM-IV-TR).

DEFINITION, EPIDEMIOLOGIE, PHYSIOPATHOLOGIE ET PRESENTATIONS CLINIQUES

Epidémiologie

L'état confusionnel aigu est fréquent chez la personne âgée ; il représente un pourcentage variable selon la littérature : de 10 à 30 % de la population âgée aux urgences, de 70 à 87 % chez les patients de plus de 65 ans aux soins intensifs, de 15 à 57 % en postopératoire²⁻⁴.

Le *delirium* (traduction anglaise utilisée en Belgique) est responsable de 30 % de surmortalité indépendamment du diagnostic⁵.

76 % des *delirium* ne sont pas diagnostiqués par les urgentistes⁶ et, dans 40 à 60 % des cas, le diagnostic n'est pas fait non plus à l'étage⁷.

Or les conséquences^{3,8} pour le patient âgé sont non négligeables, à savoir une augmentation de la mortalité hospitalière de 22 à 76 %, une mortalité à 1 an de 35-40 %, un risque de dépendance à 6 mois élevé avec un risque concomitant d'institutionnalisation de 25 à 40 %. Une méta-analyse récente démontre une augmentation du nombre de jours d'hospitalisation ainsi qu'une augmentation de la mortalité quand il y a état confusionnel aigu lors de l'hospitalisation⁹.

Définitions

Il s'agit d'une atteinte des capacités d'éveil et d'attention secondaire à une atteinte diffuse de l'encéphale, habituellement réversible et transitoire, lorsque la cause est mise en évidence et traitée. Il s'agit d'une perturbation aiguë, d'apparition récente, transitoire et fluctuante et présentant des troubles cognitifs de la mémoire récente¹⁰.

Selon la version DSM-IV-TR, l'on distingue une classification selon l'étiologie (tableau 1).

Tableau 1 : Diagnostic d'un syndrome confusionnel (critères du DSM-IV).

- | | |
|----|----------------------------------------------------------------|
| A. | Début aigu |
| B. | Evolution fluctuante |
| C. | Troubles de l'attention |
| D. | Niveau de conscience altéré |
| E. | Désorganisation de la pensée |
| F. | Enquête étiologique + ou absence de signe de démence chronique |
| G. | Au moins 2 des signes suivants : |
| | 1. altération de la vigilance |
| | 2. troubles de la perception |
| | 3. perturbation du cycle veille-sommeil |
| | 4. activité psychomotrice augmentée ou diminuée |
| | 5. désorientation spatio-temporelle |
| | 6. troubles de la mémoire |

Physiopathologie¹¹

Dès les premiers enregistrements électro-encéphalographiques (EEG), un ralentissement diffus de l'activité cérébrale dans les états confusionnels, quelle que soit leur étiologie, a été observé.¹²

Cependant, la physiopathologie du *delirium* reste à ce jour mal comprise.

Plusieurs hypothèses sont avancées : celle des neuromédiateurs et celle de l'inflammation. Il y aurait une rupture d'équilibre dans la neurotransmission avec une hypoactivité cholinergique et une hyperactivité dopaminergique. L'acétylcholine est le neurotransmetteur entre autres impliqué dans les activités cognitives : l'analyse et le stockage de l'information, l'apprentissage, la mémoire à court terme et le maintien de l'attention. Toute perturbation de ce système chez le sujet âgé est capable d'induire un syndrome confusionnel¹³. Il y aurait également une augmentation de la norépinéphrine et du glutamate.

Se basant sur la dysfonction cholinergique, un marqueur a été développé pour détecter l'activité sérique anticholinergique (SAA). Plusieurs études ont démontré une relation entre le taux de cet indicateur et l'apparition de *delirium*¹⁴.

L'implication de cytokines (interleukines IL-1, IL-2, IL-6), du TNF et de l'interféron gamma conduirait à une augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et à une perturbation de la neurotransmission¹⁴.

Une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien secondaire aux phénomènes de stress occasionnés conduirait à une augmentation des cytokines circulantes et à un hypercorticisme. Cet état serait associé à un dysfonctionnement des récepteurs sérotoninergiques¹⁵.

Au vu de la multiplicité des facteurs favorisants et précipitants et de l'hétérogénéité des formes cliniques observées, l'intrication de ces différents mécanismes physiopathologiques décrits apparaît l'hypothèse la plus probable.

De plus, les épilepsies non convulsivantes forment une entité à part, de mieux en mieux connue. Survenant typiquement chez la personne âgée n'ayant pas nécessairement d'antécédent de comitialité, ils entrent dans la définition d'une épilepsie, d'expression et de sévérité variables, mais où l'élément confusionnel peut être considéré comme une constante. Dans ce cas, l'EEG est indispensable au diagnostic¹⁶.

Présentations cliniques

On distingue différentes formes cliniques :

- Hyperactives (30 %) : elles se caractérisent par de l'agitation psychomotrice, des hallucinations, de l'irritabilité ou de l'agressivité.
- Hypoactives (25 % mais souvent sous-diagnostiquées) : elles se caractérisent, par contre, par une diminution de l'activité psychomotrice, par un déficit attentionnel, par de la léthargie, de la somnolence ou de la stupeur. Cette forme doit être évoquée devant tout patient âgé présentant un trouble de la vigilance.
- Les formes mixtes (45 %) : il s'agit d'une alternance des 2 phases.

Le tableau 2 montre différentes études réalisées à l'hôpital démontrant le pourcentage des diverses présentations cliniques¹⁷⁻²³.

La plupart des patients âgés présenteront de multiples facteurs de risque les rendant susceptibles de développer un état confusionnel aigu. On parle de facteurs prédisposants et de facteurs de risque précipitants (tableaux 3 et 4)^{24,25}.

Dans la littérature, on relate essentiellement des cas de *delirium* postopératoire en chirurgie orthopédique, cardiaque ou vasculaire.

La méta-analyse²⁶ réalisée récemment, étudiant les facteurs de risque du *delirium* secondairement à une chirurgie cardiaque, a mis en évidence les facteurs prédictifs suivants : l'âge, la dépression, un antécédent d'AIT, des troubles cognitifs préalables, un diabète, une fibrillation auriculaire. Les facteurs précipitants les plus

Tableau 3 : Facteurs de risque prédisposants fréquents²⁴.

- Age et morbidité
- Maladies neuro-dégénératives
- Perte d'audition et de vue
- Polymédication
- Polypathologie

Tableau 4 : Facteurs de risque précipitants fréquents²⁵.

- Médicaments :
 - mauvaise utilisation - *misuse*
 - sous-traité - *underuse*
 - sur-traité - *overuse* (notamment les médicaments avec des propriétés anticholinergiques)
- Troubles cardiaques, pulmonaires, neurologiques, métaboliques
- Infections
- Déshydratation
- Douleurs et traitements anti-douleurs
- Anesthésie / Soins intensifs / Postopératoire

établis sont : la durée de chirurgie, l'intubation prolongée, le type de chirurgie, l'élévation des marqueurs inflammatoires, l'élévation du cortisol et les complications postopératoires.

" LA REGLE DE 1 + 2 + 3 " DE J.-P. BOUCHON²⁷

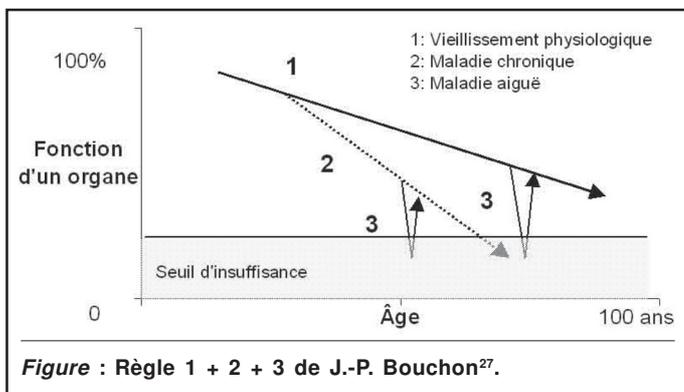
Les concepts de décompensation et de fragilité du sujet âgé peuvent être expliqués par un schéma (figure) prenant en considération 3 éléments qui se cumulent pour aboutir à la décompensation d'une fonction (1 + 2 + 3 de J.-P. Bouchon) :

- Les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation.
- Les affections chroniques surajoutées qui altèrent les fonctions.
- Les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.

Pour exemple, le syndrome confusionnel, décompensation cérébrale aiguë, est favorisé par les effets du vieillissement sur le cerveau. Les affections

Tableau 2 : Etudes évaluant les différentes formes d'état confusionnel aigu¹⁷⁻²³.

Auteurs	Age (années)	Lieu hospitalisation	Sous-type psychomoteur (%)		
	Inclusion (A)		Hypoactive	Hyperactive	Mixtes
Han <i>et al.</i> , 2009 ¹⁷	> 65	Urgences	92	4	4
Liptzkin, Levkoff, 1992 ¹⁸	> 65	Médecine	19	15	52
O'Keeffe, 1999 ¹⁹	Pas reporté	Gériatrie	29	21	43
Marcantonio <i>et al.</i> , 2002 ²⁰	> 65	Orthopédie	71	-	29
Kelly <i>et al.</i> , 2001 ²¹	Pas reporté	Gériatrie	56	3	41
Peterson <i>et al.</i> , 2006 ²²	-	Soins intensifs médicaux	44	2	55
Pandharipande <i>et al.</i> , 2007 ²³	-	Soins intensifs chirurgicaux	64	9	0
			60	6	1



neuropsychiatriques chroniques, notamment les démences, constituent le terrain de prédilection. Les facteurs déclenchants sont nombreux : troubles cardiovasculaires, métaboliques ou infectieux, iatrogénie ou stress environnemental.

C'est donc l'association de trois critères, à savoir le vieillissement physiologique, les maladies chroniques et surtout l'apparition d'une pathologie aiguë ou d'un élément aigu (médicaments, privation de sommeil, etc.) qui provoquera le déclenchement du *delirium* chez la personne âgée.

ECHELLES DE DEPISTAGE (TABLEAU 5)

Pendant longtemps le diagnostic de confusion n'a été fondé que sur les critères du DSM-III-R. Le DSM-IV a permis d'améliorer la performance diagnostique. C'est le développement d'outils de dépistage qui a permis de détecter des états confusionnels jusqu'alors méconnus par les équipes soignantes. Parmi les nombreuses échelles, la *Confusion Assessment Method* (CAM), validée en langue française, est simple et rapide²⁸ :

1. début brutal et fluctuation de l'évolution **ET**
2. trouble de l'attention **ET**
3. désorganisation de la pensée et du langage **OU**
4. altération de l'état de conscience.

La sensibilité retrouvée dans la littérature varie de 94 à 100 % et la spécificité de 90 à 95 %. Cet outil est validé aux urgences²⁹.

APPROCHE THERAPEUTIQUE⁹

Il convient tout d'abord de corriger les facteurs précipitants ou la cause organique sous-jacente. Il conviendra également de limiter les facteurs aggravants (éviter si possible la contention qui aggrave l'agitation). On assurera un contrôle antalgique optimal ainsi qu'un bon état de nutrition et d'hydratation. On appliquera des mesures non médicamenteuses à savoir : isoler le patient au calme, le rassurer, l'accompagner d'un proche si possible et maintenir les afférences sensorielles (lunettes, appareil auditif) ainsi que l'orientation (horloge, calendrier, favoriser le rythme nyctéméral).

Favoriser l'approche " TADA " : " *Tolerate, Anticipate and Don't Agitate* ".

En cas d'échec de ces mesures et de la persistance d'un état d'agitation ou d'agressivité, on aura recours à l'utilisation prudente et titrée de neuroleptiques. Selon plusieurs études récentes³, l'halopéridol (0,5 à 1 mg) reste le traitement de premier choix sauf pour les sevrages et la démence à corps de Lewy ; la prescription de neuroleptiques est à éviter dans ces cas.

On retrouve également dans la littérature l'indication en deuxième choix après l'halopéridol, de la rispéridone (0,25 mg-1 mg/jour) ou de l'olanzapine (2,5 mg-5 mg/jour) mais la prescription des neuroleptiques atypiques reste controversée. Ceux-ci ont été testés sur de plus petits échantillons et seraient associés à un plus haut taux de mortalité chez la personne âgée présentant une démence³⁰.

S'il s'agit d'un *delirium* sur sevrage aux benzodiazépines, théoriquement ces dernières pourraient être réintroduites à faible dose et prudemment mais il n'existe pas de littérature convaincante sur le sujet ; en général l'on préconise plutôt l'arrêt des benzodiazépines en gériatrie en raison de leurs effets secondaires³¹.

Echelle <i>delirium</i>	Durée test	Fiabilité	Référence standard	Validé aux Urgences ?
<i>Delirium Rating Scale – Revisited</i> 98 ⁴⁸	15-30 min	Excellente	DSM-IV par psychiatre	Non
<i>Delirium Symptom Interview</i> ⁴⁹	15 min	Excellente	Psychiatre ou neurologue	Non
<i>Memorial Delirium Assessment Scale</i> ⁵⁰	10 items	Excellente	DSM-III-R/IV par psychiatre	Non
<i>Confusional State Examination</i> ⁵¹	22 items	Modérée	Psychiatre	Non
<i>Confusion Rating Scale</i> ⁵²	2 min	Inconnue	CAM, MMSE Questionnaire (SPMSQ)	Non
<i>Nursing Delirium Screening Scale</i> ⁵³	2 min	Inconnue	CAM, DSM-IV par assistant de recherche	Non
<i>NEECHAM Confusion Scale</i> ⁵⁴	10 min	Excellente	DSM-III par infirmière, CAM	Non

PREVENTION

Les études de S.K. Inouye ont démontré depuis un certain temps l'importance de la prévention primaire du *delirium*^{32,33}.

Dans une étude randomisée, contrôlée chez des patients âgés devant subir une intervention chirurgicale en raison d'une fracture du fémur, une consultation gériatrique systématique préopératoire ainsi qu'un suivi de 24 h postopératoire a permis de diminuer l'incidence de l'état confusionnel aigu mais aucune différence de mortalité n'a été constatée³⁴. D'autres auteurs tels Milisen *et al.*³⁵ ont développé une prise en charge multidisciplinaire (formation des infirmiers, *screening* systématique, suivi et traitement de la douleur). Ce programme a permis de diminuer la durée du *delirium* de façon significative, mais pas l'incidence. Il n'y avait également aucune différence quant à la mortalité. D'autres études relatent des résultats plus mitigés³⁶.

Un article récent de Milisen³⁷ démontre l'utilité d'une prise en charge pluridisciplinaire des patients âgés opérés d'une fracture de hanche. Il a démontré une diminution de l'incidence dans le groupe suivi (consultation gériatrique préopératoire, recommandations, suivi de 72 h postopératoire) mais pas de diminution quant à la durée et la sévérité de l'état confusionnel.

Ainsi les experts concluent que la prévention est une part importante de la prise en charge des états confusionnels et que certains protocoles peuvent avoir un impact sur l'incidence et potentiellement sur l'évolution de ce dernier. Naughton *et al.*³⁸ ont démontré une diminution de l'incidence du *delirium* de 41 à 23,7 % par une formation du personnel soignant aux urgences et par une admission directe du patient âgé confus en gériatrie aiguë. Lundstrom *et al.*³⁹ ont conclu à une diminution de mortalité (mais non significative

dans leur étude de 400 patients après formation des équipes multidisciplinaires, *screening* et prévention par les soignants). On a par contre constaté une diminution du nombre de jours d'hospitalisation. Flaherty *et al.* ont récemment démontré une étude observationnelle montrant des résultats significatifs en faveur de la prévention⁴⁰. Toutefois, les interventions pratiquées sont très diverses, et il manque un consensus sur les mesures les plus efficaces.

LIEN AVEC UNE DEMENCE ULTERIEURE : " NE FAIT PAS UN SYNDROME CONFUSIONNEL QUI VEUT "

Historiquement, l'ECA (état confusionnel aigu) et la démence ont été considérés comme deux entités différentes dans la littérature. La question de savoir si ces deux pathologies ne représentent pas des étapes différentes du spectre des troubles cognitifs est toutefois toujours débattue sur le plan clinique et physiopathologique.

Le *delirium* et la démence sont reliés⁴¹ (tableau 6). Premièrement, les symptômes se chevauchent fréquemment et du temps est requis pour obtenir une évaluation neuropsychologique valable à distance de l'épisode aigu. Deuxièmement, les patients avec un diagnostic de démence ont beaucoup plus de risque de présenter un état confusionnel aigu². Troisièmement, environ la moitié des patients présentant un *delirium* développeront ultérieurement une démence⁴². Finalement, la démence peut parfois être difficilement diagnostiquée étant donné que certains patients avec une pathologie neurodégénérative débutante pourraient être considérés à tort comme normaux.

L'état confusionnel aigu a été rapporté comme un signe méconnu de démence avec une incidence de 55 % sur 2 ans dans une petite étude⁴². 61 patients de plus de 65 ans indemnes de troubles cognitifs au départ mais qui ont présenté un épisode confusionnel aux

Tableau 6 : Récapitulatif des diagnostics différentiels⁴¹. ECA : état confusionnel aigu ; MCI : *mild cognitive impairment* ; DLBD : *diffuse Lewy body disease*.

	ECA	MCI	Démence			Schizophrénie	Dépression
			Alzheimer	DLBD	Vasculaire		
Développement	Rapide (heures/jours)	Insidieux (mois/années)	Insidieux (mois/années)	Insidieux (mois/années)	Variable (aigu/mois/années)	Variable (mois) Age de début plus précoce	Variable (semaines/mois)
Cours	Fluctuant, intervalles lucides (heures)	Variable	Détérioration progressive	Détérioration progressive	Variable	Variable	Assez stable
Vigilance/orientation	Perturbée/perturbée	Normale	Normale/perturbée	Souvent fluctuante/perturbée	Variable	Normale/variable	Normale/normale
Attention	Attention affectée	Normale	Pas de trouble majeur	Souvent fluctuante	Pas de trouble majeur	Peu altérée	Peu altérée
Mémoire	Mémoire à court terme altérée	Mémoire à court terme altérée	Mémoire à court terme altérée	Mémoire à court terme altérée	Souvent altérée, de type variable	Peu altérée	Peu altérée
Symptômes psychotiques	Fréquents	Le plus souvent absents	Moins fréquents	Fréquents	Moins fréquents	Fréquents	Peu fréquents
Autonomie	Perturbée	Normale	Perturbée	Perturbée	Perturbée	Souvent perturbée	Parfois perturbée

urgences ont été suivis pendant 2 ans. Le diagnostic de démence a été établi chez plus de la moitié d'entre eux. 27 % ont développé une maladie d'Alzheimer, 20 % une démence vasculaire et 4 % une démence à corps de Lewy.

Rockwood *et al.*⁴³ avaient déjà démontré une incidence annuelle de 18,1 % chez un groupe de patients âgés ayant présenté un *delirium* contrastant à l'incidence de 5,6 % dans le groupe sans confusion.

Au niveau du pronostic, la majorité des études ont reconnu un facteur aggravant de l'état confusionnel aigu surajouté à la démence, même si certaines études récentes n'allaient pas dans ce sens⁵. La démence constitue par ailleurs un facteur de risque de sous-dépistage du *delirium*^{43,44}. Une étude récente⁴⁵ s'est finalement également intéressée aux symptômes présents chez les patients atteints d'état confusionnel aigu avec ou sans démence. Les patients avec *delirium* et démence souffrent plus d'agitation psychomotrice, de pensées désorganisées et de désorientation par la suite.

Krogseth *et al.*⁴⁶ ont entrepris une étude visant à suivre sur une période de 6 mois, 106 personnes ayant été opérées pour une fracture de hanche et qui ne présentaient pas préalablement de " démence ".

Le diagnostic de démence " pré-fracture " a été déterminé indépendamment, par deux experts en gériatrie. La présence d'un syndrome confusionnel (dans la phase aiguë, avant ou après l'opération) a été déterminée via la " *Confusion Assessment Method* ", réalisée chaque jour de l'hospitalisation jusqu'au 5^e jour après l'opération.

Par ailleurs, le MMSE (*Minimal Mental State Evaluation*) et le test du dessin de l'horloge ont été réalisés au troisième jour.

Après 6 mois, les 106 personnes sans " démence " pré-fracture ont été examinées par un médecin, non informé de la survenue du syndrome confusionnel. Il a recueilli des informations sur les médicaments administrés, le niveau d'autonomie et les complications éventuelles. En outre, 5 tests cognitifs ont été réalisés : le MMSE, la tâche des 10 mots de la batterie CERAD, le test du dessin de l'horloge, le test d'empan de chiffres (à l'envers et à l'endroit) et le test de Stroop. A nouveau, le diagnostic était posé, indépendamment, par deux experts gériatres sur base des résultats aux tests, des informations recueillies auprès des proches et du rapport écrit par le médecin ayant réalisé la visite à domicile.

Les résultats montrent que 29 des 106 personnes (27 %) ont développé un syndrome confusionnel. Après 6 mois, 15 % ont développé une " démence ". Dans le groupe de personnes ayant présenté un syndrome confusionnel, 38 % ont développé une " démence " contre 7 % dans le groupe sans syndrome confusionnel (P < 0,001). Par ailleurs, une analyse de régression

logistique ajustée a montré que la présence d'un syndrome confusionnel est le prédicteur le plus important de " démence " après 6 mois.

L'étude la plus récente⁴⁷ a suivi une cohorte de 553 patients de plus de 85 ans tous les 3, 5, 8 et 10 ans. Les marqueurs neuropathologiques ont été analysés, une autopsie a été pratiquée dans 52 % des cas.

Cette étude montre que le *delirium* augmente le risque d'incidence de démence et est également associé à une démence plus sévère ainsi qu'à une plus grande perte d'autonomie. Il est également associé à une augmentation de la mortalité. Dans le groupe ayant présenté un état confusionnel aigu, le MMSE décline significativement plus rapidement. L'analyse des biomarqueurs n'a quant à elle pas été concluante.

CONCLUSIONS

L'état confusionnel aigu chez la personne âgée est toujours une urgence et les conséquences en sont importantes en termes de santé publique. Ces épisodes de *delirium* augmentent statistiquement les durées d'hospitalisation, le niveau de dépendance et d'institutionnalisation ainsi que la mortalité.

L'estimation de son incidence a été améliorée par le recours aux échelles de dépistage plus performantes. La reconnaissance des tableaux atypiques est primordiale en raison de la gravité du pronostic associé mais parfois difficile. Chez tout patient présentant des troubles cognitifs d'apparition brutale, un syndrome confusionnel doit être évoqué.

Par ailleurs, le dépistage du *delirium* pourrait être corrélé à un indicateur de qualité de prise en charge hospitalière.

L'étude récente de Milisen³⁷ montre que la liaison interne pourrait apporter une prévention secondaire dans le cas du *delirium* aigu.

Des recherches ultérieures sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes exacts du *delirium* ainsi que la relation entre l'état confusionnel aigu et l'apparition d'une démence ultérieure.

Remerciements

A la SBGG (Société Belge de Gériatrie et de Gérontologie), à la BESEDIM (*Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine*).

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. Derouesné CH, Lacomblez L : Les états confusionnels. *Psychol Neuro Psychiatr Vieil* 2007 ; 5 : 7-16
2. Cole MG : Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004 ; 12 : 7-21

3. Inouye SK : Delirium in Older Persons. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 1157-65
4. Pisani MA, McNicoll L, Inouye SK : Cognitive impairment in the intensive care unit. *Clin Chest Med* 2003 ; 24 : 727-37
5. Mc Cusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E : Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med* 2002 ; 162 : 457-63
6. Han JH, Zimmerman EE, Cutler N *et al.* : Delirium in older emergency department patients : recognition, risk factors and psychomotor subtypes. *Acad Emerg Med* 2009 ; 16 : 193-200
7. Weber JB, Coverdale JH, Kunik ME : Delirium : Current trends in prevention and treatment. *Intern Med J* 2004 ; 34 : 115-21
8. Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS : Impact of Different Diagnostic Criteria on Prognosis of Delirium : A Prospective Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004 ; 18 : 240-4
9. Flaherty JH : The evaluation and management of delirium among older persons. *Med Clin North Am* 2011 ; 95 : 555-77
10. Agostini JV, Inouye SK : Delirium. *Principles of Geriatric medicine and Gerontology*. 5th ed. New York, McGraw-Hill, 2003 : 1503-15
11. Van Munster BC, Korevaar JC, Zwinderman AH, Levi M, Wiersinga WJ, De Rooij SE : Time-course of cytokines during delirium in elderly patients with hip fractures. *J Am Geriatr Soc* 2008 ; 56 : 1704-9
12. Engel GL, Romano J : Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency. 1959. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004 ; 16 : 526-38
13. Mussi C, Ferrari R, Ascari S, Salvioli G : Importance of serum anticholinergic activity in the assessment of elderly patients with delirium. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1999 ; 12 : 82-6
14. Zarate-Lagunes M, Lang P, Zekry D : Syndrome confusionnel du sujet âgé : les difficultés d'un diagnostic facile. *Rev Med Suisse* 2008 ; 4 : 2392-7
15. Warrington TP, Bostwick JM : Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc* 2006 ; 81 : 1361-7
16. Naeije G, Gaspard N, Depondt C, Pepersack T, Legros B : Acute confusional state of unknown cause in the elderly : a study with continuous EEG monitoring. *Epilepsy Behav* 2012 ; 23 : 330-4
17. Han JH, Morandi A, Ely EW *et al.* : Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2009 ; 57 : 889-94
18. Liptzin B, Levkoff SE : An empirical study of delirium subtypes. *Br J Psychiatry* 1992 ; 161 : 843-5
19. O'Keefe ST : Clinical subtypes of delirium in the elderly. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999 ; 10 : 380-5
20. Marcantonio E, Ta T, Duthie E, Resnick NM : Delirium severity and psychomotor types : their relationship with outcomes after hip fracture repair. *J Am Geriatr Soc* 2002 ; 50 : 850-7
21. Kelly KG, Zisselman M, Cutillo-Schmitter T, Reichard R, Payne D, Denman SJ : Severity and course of delirium in medically hospitalized nursing facility residents. *J Geriatr Psychiatry* 2001 ; 9 : 72-7
22. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS *et al.* : Delirium and its motoric subtypes : a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc* 2006 ; 54 : 479-84
23. Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A *et al.* : Motoric subtypes of delirium in mechanically ventilated surgical and trauma intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2007 ; 33 : 1726-31
24. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M *et al.* : Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc* 2001 ; 49 : 1327-34
25. Rudolph JL, Jones RN, Lev koff SE *et al.* : Derivation and validation of a preoperative prediction rule for delirium after cardiac surgery. *Circulation* 2009 ; 119 : 229-36
26. Lin Y, Chen J, Wang Z : Meta-analysis of factors wich influence delirium following cardiac surgery. *J Card Surg* 2012 ; 27 : 481-92
27. Bouchon JP : 1 + 3 (ou comment tenter d'être efficace en gériatrie). *Rev Prat* 1984 ; 34 : 888
28. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA *et al.* : Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990 ; 113 : 941-8
29. Hustey FM, Meldon SW, Smith MD, Lex CK : The effect of mental status sreening on the care of elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2003 ; 41 : 678-84
30. Pelland C, Trudel JF : Atypical antipsychotic efficacy and safety in managing delirium : a systematic review and critical analysis. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2009 ; 7 : 109-19
31. Petrovic M, Mariman A, Warie H, Afschrift M, Pevernagie D : Is there a rationale for prescription of benzodiazepines in the elderly ? Review of literature. *Acta Clin Belg* 2003 ; 58 : 27-36
32. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA *et al.* : A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 669-76
33. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS : Delirium in elderly people. *Lancet* 2013 ; pii: S0140-6736(13)60688-1. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1
34. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM : Reducing delirium after hip fracture : A randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001 ; 49 : 516-22
35. Milisen K, Foreman MD, Abraham IL *et al.* : A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc* 2001 ; 49 : 523-32
36. Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J : Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 : CD005563
37. Deschodt M, Braes T, Flamaing J *et al.* : Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *J Am Geriatr Soc* 2012 ; 60 : 733-9
38. Naughton BJ, Saltzman S, Ramadan F, Chadha N, Priore R, Mylotte JM : A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *J Am Geriatr Soc* 2005 ; 53 : 18-23
39. Lundström M, Edlund A, Karlsson S, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y : A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc* 2005 ; 53 : 622-8
40. Flaherty JH, Steele DK, Chibnall JT, Vasudevan VN, Bassil N, Vegi S : An ACE unit with a delirium room may improve function and equalize lenght of stay among older delirious medical inpatients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010 ; 65 : 1387-92
41. Mantz J, Hemmings H, Boddaert J : Case Scenario : Postoperative Delirium in Elderly Surgical Patients. *Anesthesiology* 2010 ; 112 : 189-95

42. Rahkonen T, Luukkainen-Markkula R, Paanila S, Sivenius J, Sulkava R : Delirium episode as a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects : a 2 year follow up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 ; 69 : 519-21
43. Rockwood K, Cosway S, Carver D, Jarrett P, Stadnyk K, Fisk J : The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing* 1999 ; 28 : 551-6
44. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM Jr : Nurses' recognition of delirium and its symptoms : comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 2467-73
45. Cole MG, McCusker J, Dendukuri N, Han L : Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002 ; 14 : 167-75
46. Krogseth M, Wyller TB, Engedal K, Juliebo V : Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2011 ; 31 : 67-70
47. Davis DH, Terrera G, Keage H *et al.* : Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old : a population-based cohort study. *Brain* 2012 ; 135 : 2809-16
48. Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N : Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98 : Comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001 ; 13 : 229-42
49. Albert MS, Levkoff SE, Reilly C *et al.* : The delirium symptom interview : an interview for the detection of delirium symptoms in hospitalized patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1992 ; 5 : 14-21
50. Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S : The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage* 1997 ; 13 : 128-37
51. Robertsson B, Karlsson I, Styrd E, Gottfries CG : Confusional State Evaluation (CSE) : an instrument for measuring severity of delirium in the elderly. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 565-70
52. Williams MA : Delirium/Acute Confusional States : Evaluation devices in nursing. *Int Psychogeriatr* 1991 ; 3 : 301-8
53. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA : Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients : the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage* 2005 ; 29 : 368-75
54. Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, Funk SG : The NEECHAM Confusion Scale : construction, validation, and clinical testing. *Nurs Res* 1996 ; 45 : 324-30

Correspondance et tirés à part :

S. HIGUET
 C.H.U. de Charleroi, Site André Vésale
 Service de Gériatrie
 Route de Gozée 706
 6110 Montigny-le-Tilleul
 E-mail : sandra.higuette@chu-charleroi.be

Travail reçu le 19 mai 2013 ; accepté dans sa version définitive le 28 février 2014.