

Confusion mentale et cancer

14/03/2018

Sommaire

○ Contributeurs	<u>p. 3</u>
○ Définition, formes cliniques	<u>p. 4</u>
○ Données épidémiologiques	<u>p. 5</u>
○ Fausse idées sur la confusion	<u>p. 6</u>
○ Prévention/dépistage	<u>p. 7</u>
○ Démarche diagnostique précoce	<u>p. 11</u>
○ Traitement d'un syndrome confusionnel: objectifs	<u>p. 12</u>
○ Traitement étiologique	<u>p. 13</u>
○ Principales étiologies organiques	<u>p. 14</u>
○ Examens complémentaires recommandés	<u>p. 16</u>
○ Traitement symptomatique de la confusion	<u>p. 17</u>
○ Modalités de prescription : étapes de traitement	<u>p. 18</u>
○ Prise en charge environnementale	<u>p. 21</u>
○ Prise en charge de la fin de l'épisode (gestion de l'après confusion)	<u>p. 22</u>
○ Coordination de soins	<u>p. 23</u>
○ Annexes	
○ Annexe 1 : Echelle EDD	<u>p. 24</u>
○ Annexe 2 : Bonnes pratiques pour le contrôle de la confusion mentale en soins palliatifs	<u>p. 25</u>
○ Annexe 3 : Index de RUEFF	<u>p. 26</u>
○ Références bibliographiques	<u>p. 27</u>

Contributeurs

Coordination

PIOLLET Isabelle (ONCOPACA), **SALTEL Pierre** (RRC-RA)

Coordination méthodologique

BRUNET Majid (RRC-RA, Lyon)

Membres du groupe de travail

BRUNET Majid (RRC-RA, Lyon), **DAUCHY Sarah** (IGR, Paris), **FARSI Fadila** (RRC-RA, CLB, Lyon), **FIORINI Brunella** (IDE libérale, Lyon), **FOUBERT Virginie** (IDE libérale, Lyon), **KAZES M. Marianne** (CLB, Lyon), **MONTAUT Thierry** (CHRU, Nancy), **PERRIN Sylvie** (CLB, Lyon), **REICH Michel** (Centre Oscar Lambret, Lille), **RIOU Robert** (CH de Valence), **TAILLANDIER Luc** (CHRU, Nancy)

Relecteurs

BRUNET Majid (RRC-RA, Lyon), **CAPRIZ Françoise** (CHU, Nice), **DAUCHY Sarah** (IGR, Paris), **FIORINI Brunella** (IDE libérale, Lyon), **FARSI Fadila** (RRC-RA, Lyon), **FOUBERT Virginie** (IDE libérale, Lyon), **MONTAUT Thierry** (CHRU, Nancy), **PIOLLET Isabelle** (ONCOPACA), **REICH Michel** (Centre Oscar Lambret, Lille), **RIOU Robert** (CH de Valence), **SALTEL Pierre** (CLB, Lyon), **TAILLANDIER Luc** (CHRU, Nancy)

Approbateurs (Participants à l'atelier des J2R du 02/12/2010)

ALTMAYER Antonia (Psychologue), **BLANC Regis** (Médecin spécialiste), **BOUHEDDOU Nadia** (Médecin spécialiste), **BRUNET Majid** (méthodologiste), **CARRÉ Séverine** (IDE), **CASTELAIN Sylvie** (IDE), **COLLARD Olivier** (Médecin hospitalier), **CORNUOT Catherine**, **DAUCHY Sarah** (Médecin spécialiste), **DELORME Claire** (Médecin hospitalier), **FIORINI Brunella** (IDE), **FOUBERT Virginie** (IDE), **FRASIE Véronique**, **JOSSE Claire** (Médecin hospitalier), **LE QUANG Gaultier** (Interne en psychiatrie), **LEVEQUE Pascal** (Médecin hospitalier), **MONTAUT Thierry** (Médecin hospitalier), **NAOURI Didier** (Médecin hospitalier), **NIEMIER Jean Yves** (Médecin hospitalier), **PAROT MONPETIT Anny** (Médecin spécialiste), **PECHINOT Frédérique** (Médecin spécialiste), **PIBAROT Michèle** (Médecin spécialiste), **PIOLLET Isabelle** (Psychiatre), **PIOT BOISSIER Claude** (Médecin urgentiste), **REICH Michel** (Psychiatre), **REINIGER Chantal** (IDE), **RIOU Robert** (Oncologue), **SALTEL Pierre** (Psychiatre), **TAILLANDIER Luc** (Médecin spécialiste), **THEROUDE Guénaëlle** (IDE), **THILTGES Isabelle** (Médecin hospitalier), **TRAGER Stéphanie** (Médecin hospitalier).

Définitions, formes cliniques

Définitions

Dysfonctionnement cérébral global, non spécifique, souvent transitoire et réversible, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des processus organiques (en langue anglaise, on utilise le terme de Delirium).

Syndrome avec plusieurs fonctions neuropsychiques affectées, d'où **un polymorphisme clinique** rendant difficile un diagnostic précoce et une évaluation fiable de l'intensité des troubles.

Principales catégories de symptômes (CIM-10) (critères DSM-IV du delirium)

- Troubles de la **vigilance** et de l'**attention** (obnubilation)
- Troubles **cognitifs** (mémoire, idées, désorientation temporo-spatiale)
- Troubles du **comportement** qui vont se manifester selon 3 formes cliniques :
 - soit agitation, agressivité : forme agitée
 - soit apathie, somnolence : forme ralentie
 - soit forme mixte (alternance de forme agitée et ralentie)
- Troubles du **sommeil** : insomnie, inversion du cycle nyctéméral, cauchemars et onirisme (hallucinations, illusions, fausses reconnaissances, délire)
- **Début souvent brutal ou rapidement progressif (critère déterminant) et intensité des troubles très fluctuante** et très sensible aux conditions de l'environnement (stimulation)
- Syndrome qui peut être réversible s'il est traité à la fois de manière symptomatique et étiologique.

Le syndrome confusionnel doit faire l'objet d'un diagnostic précoce et le traitement doit être considéré comme une urgence ! (même s'il est différent dans ses objectifs et moyens selon l'étape de la maladie).

Données épidémiologiques en cancérologie

Données épidémiologiques

- C'est un syndrome dont la fréquence est **SOUS-ESTIMÉE** dans la pratique quotidienne en cancérologie
- **1/3 à 2/3 des cas de confusion sont :**
 - sous diagnostiqués
 - détectés tardivement
 - ou même non détectés (Inouye, Leonard)
- **Pourtant le syndrome confusionnel concerne :**
 - près de 80% des patients en phase terminale de cancer
 - 8 à 40 % des patients hospitalisés en cancérologie
 - en post opératoire, 15 % à 70 % des personnes âgées deviennent confuses
 - au domicile : pas de données
- **La forme :**
 - La forme ralentie est la plus fréquente surtout dans un contexte de soins palliatifs, entre 50 % à 86 %
 - La forme agitée représente une minorité des formes cliniques (13 à 46 % en phase palliative) mais c'est paradoxalement la forme la plus souvent diagnostiquée (car la plus bruyante).

Dimension Pronostique

Dans un **contexte de soins palliatifs** : le syndrome confusionnel est un **facteur prédictif de décès**

Hors contexte de soins palliatifs : le syndrome confusionnel est un **facteur pronostic de gravité**

Le devenir des formes somnolentes est plus sévère que celui des formes agitées +++.

Les fausses idées sur la confusion

C'est un problème de patients âgés et/ou de sevrage/surdosage de médicaments	
OUI	NON
car ce sont des facteurs de risque +++	car même en cas de iatrogénie suspectée une autre cause doit toujours être recherchée
C'est un problème psychiatrique	
OUI	NON
car il y a une souffrance psychologique intense pour le patient et les proches et les symptômes sont influencés par le contexte émotionnel	car même si les symptômes de la confusion sont de nature psychiatrique et les traitements recommandés communs avec ceux des psychoses, le déterminisme en est totalement différent
C'est un problème lié au vieillissement	
OUI	NON
car le grand âge et l'existence d'une démence sont des facteurs de risque importants de confusion mentale	car la confusion mentale survient brutalement, peut être réversible, et entraîne une altération de la conscience. Elle n'est pas forcément associée à une détérioration organique cérébrale définitive.
C'est le problème des médecins	
OUI	NON
car c'est une urgence médicale nécessitant un diagnostic et une thérapeutique rapides	car les manifestations cliniques varient selon le moment et le contexte et donc le repérage et l'évaluation des symptômes doit impliquer tous les soignants, surtout ceux de proximité
Le dépistage et la prise en charge dépendent nécessairement d'un travail en interdisciplinarité.	

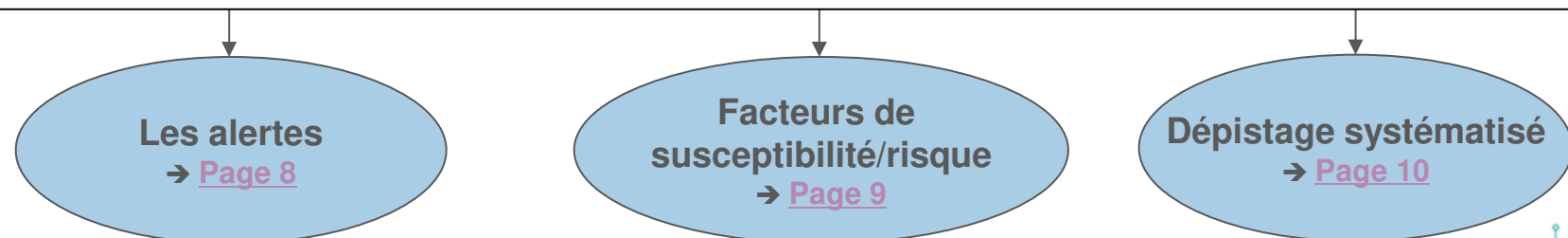
Prévention et dépistage de la confusion

Prévention

- Repérer les facteurs de risques → [Page 9](#)
- Favoriser la transmission d'informations entre soignants, entre lieux de soin et avec la famille+++ (Outils communs ville-hôpital)
- Cette prévention :
 - relève d'actions médicales : éviter certaines polymédications, surveiller équilibres métaboliques...
 - relève d'actions de soins infirmiers : communication, information du patient, de la famille, mobilisation du patient, hydratation...
 - relève du rôle des proches : anamnèse, soutien, présence...

Dépistage

Si les actions de prévention ont un impact modeste, les actions de dépistage permettent un recours moindre aux neuroleptiques



Dépistage / les alertes

Des paroles qui devraient alerter

Des soignants et des proches perplexes et pas toujours d'accord...

Les mots souvent utilisés pour décrire la confusion :

- « il est « perdu », elle « plane »... »
- « il ne sait pas ce qu'il veut ! »
- « il somnole l'après midi »
- « il a fugué »
- « il est dangereux et agressif »
- « il est insomniaque et s'agite la nuit »
- « l'équipe de nuit ne le supporte plus mais avec nous il est gentil !!! »
- « avec le médecin, il parle »
- « pendant la toilette, avec moi, il est bien... »

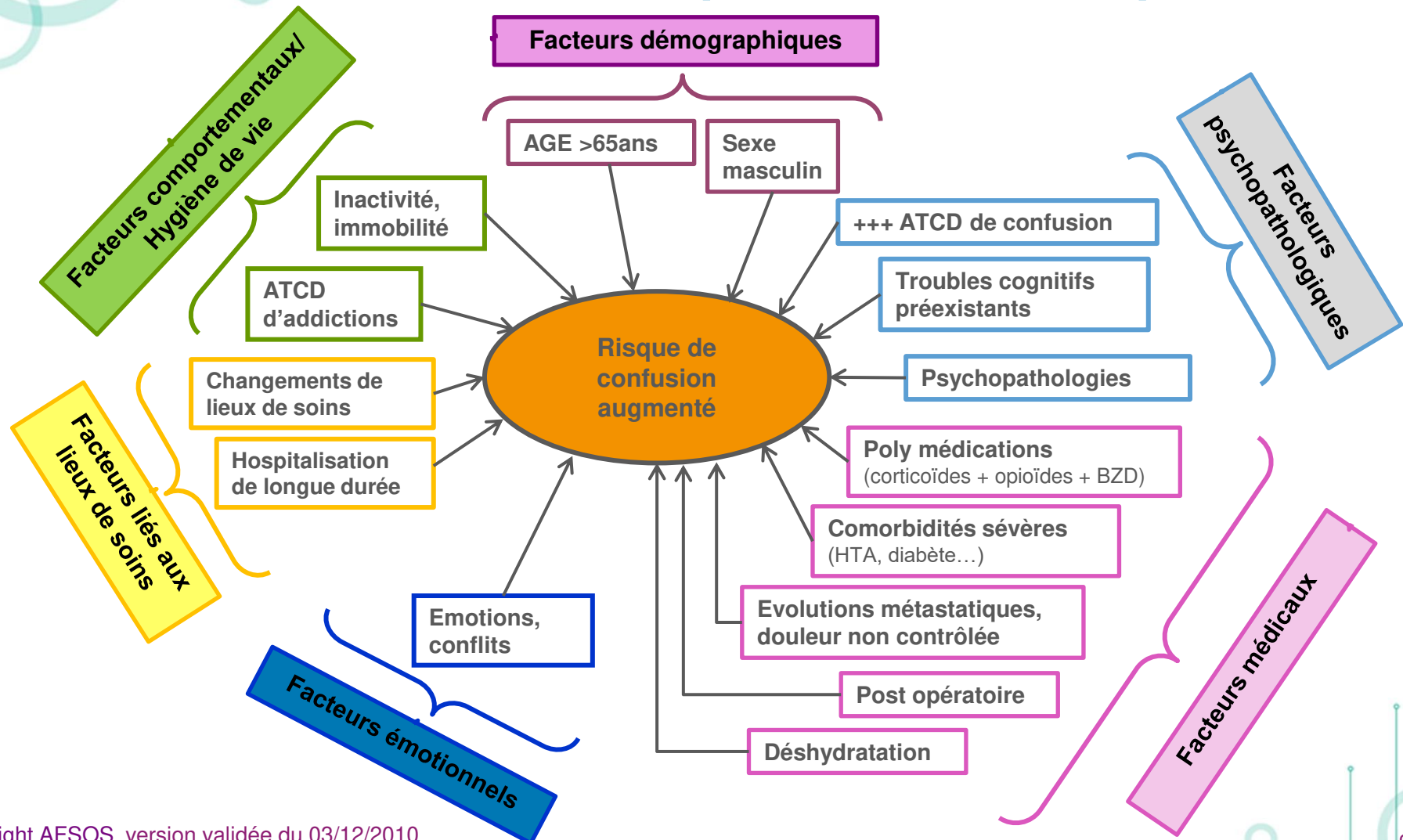
Des « explications » fréquemment données du syndrome confusionnel :

- « il est déprimé, il est dément »
- « il fait un délire paranoïaque »
- « il est ambivalent »
- « il est souvent anxieux »
- « il devrait être « en » psychiatrie »
- « il ne tolère pas les antalgiques »
- « il ne veut plus rester à l'hôpital... »
- « son mari ne la supporte pas à la maison ! »
- « cela s'arrangera chez lui... »
- « ???... »

Lorsqu'un symptôme est fluctuant on peut affirmer sa présence et non son absence.

Confusion mentale :

Facteurs de susceptibilité ou de risque



Etape d'un dépistage systématisé

Qui évalue ?

Dépistage systématisé :

Tous les soignants, surtout de proximité

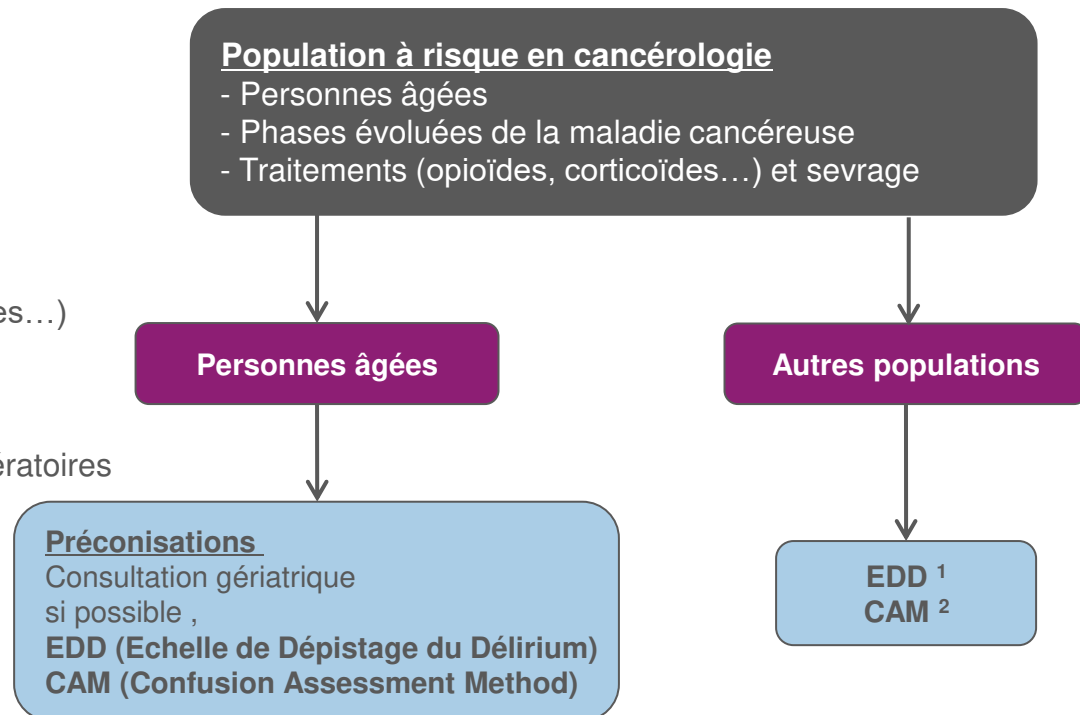
Evaluation de l'intensité clinique :

Personnes ressources (IDE, psychologues...)

Évaluations Spécifiques :

Evaluation gériatrique

Professionnels en soins intensifs post opératoires



¹ → [Annexe 1](#)

² *Échelle qui fait autorité chez les gériatres
(non encore validée en français)*

Démarche diagnostique précoce

La précocité du diagnostic est fondamentale (ne pas attendre la survenue d'une phase d'agitation) car :

- Certaines causes sont aisément curables
- Le syndrome confusionnel engendre des risques (fugue, chute, violence, suicide)
- Augmente d'autres symptômes (douleur) et la mortalité
- Perturbe toutes les relations avec et autour du patient
- Entraîne une souffrance intense chez le patient et ses proches

Mobilisation **principalement** dans le cas des formes agitées (car elles sont bruyantes)

Les formes **ralenties** sont souvent **négligées** ou restent **inaperçues**, elles sont pourtant souvent de mauvais pronostic

Le diagnostic précoce est difficile car il implique de rechercher des signes souvent discrets par :

- **Un interrogatoire précis** : orientation temporo-spatiale, mémorisation immédiate, difficultés d'attention...
- **Une attention portée aux changements de comportements récents** (début souvent brutal de la confusion) : modification du caractère, agitation, troubles du sommeil avec cauchemars
- **Un partage des observations** avec les proches, les autres métiers et les autres équipes (variabilité++ dans le temps)

Traitement d'un syndrome confusionnel : les objectifs

Répondre à une urgence médicale et soignante

- **Le traitement étiologique**

- Des facteurs de causalité immédiatement curables pouvant entraîner la réversibilité du trouble confusionnel
- Rechercher les causes somatiques curables de façon raisonnée, en tenant compte de l'état du patient, donc savoir prioriser les bilans et examens (*a minima* si phase terminale ou plurifactorialité)
- Rechercher d'éventuels facteurs psychopathologiques aggravants (anxiété par exemple), à prendre en compte dans une optique de prise en charge globale
- La confusion est une souffrance cérébrale organique, même si on ne parvient pas toujours à en connaître la cause, l'élimination formelle de toute étiologie organique étant impossible

- **Le traitement symptomatique et environnemental**

- Sécurité et confort du patient, des soignants et de la famille
- Rétablissement des fonctions cognitives garantes de la dignité du patient
- Diminution de la souffrance pour tous
- Prévention du risque de maltraitance
- Evitement de réhospitalisations
- Préparation de la « sortie de crise » en réduisant le traumatisme de l'épisode

Traitement étiologique

D'autant plus que la confusion est AIGUE et inattendue

Chercher ++ une cause qui peut être rapidement curable et assurer la réversibilité du syndrome confusionnel ;
Toutefois, dans 50 % des cas, on ne trouve pas d'étiologie univoque mais plutôt l'intrication de plusieurs causes...

→ [Page 14](#)

Maladie évoluée, phase palliative

- Prioriser et ne pas multiplier les bilans
- Le traitement étiologique ne dispense pas du traitement symptomatique et environnemental

Principales étiologies organiques

→ Causes métaboliques et nutritionnelles	voir tableau 1
→ Tumeurs parenchymateuses ou méningées	
→ Traitements médicamenteux symptomatiques	voir tableau 2
→ Traitements oncologiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)	voir tableau 3
→ Infections du système nerveux	abcès, méningites, encéphalites, méningo-encéphalites
→ Infections systémiques	« sepsis »
→ Pathologies vasculaires du système nerveux	hématome intracérébral, hémorragie sous arachnoïdienne, hématomes sous et extraduraux, accident vasculaire cérébral ischémique éventuellement favorisé par CIVD ou endocardite non infectieuse
→ Syndromes paranéoplasiques à expression neurologique	
→ Epilepsie	le cas échéant liée à une des pathologies ci-dessus citée
→ Rétention urinaire, fécalome	

Confusion mentale et cancer

Tableau 1

Causes métaboliques et nutritionnelles	
Troubles hydroélectrolytiques	↓ Na (hypoosmolarité) ou ↑ Na
	↑ ou ↓ Calcium
	↓ Phosphore
	↓ Magnésium
Troubles du métabolisme glucidique	↑ glycémie (hyperosmolarité)
	↓ glycémie
Insuffisance respiratoire Troubles de l'hématose	Hypoxie
	Hypercapnie
Insuffisance rénale	↑ urée ↑ créatinine
Insuffisance hépatique	
Déficits vitaminiques	↓ vitamine B1 thiamine (syndrome de Wernicke-Korsakoff)
	↓ vitamine B12
Trouble endocrinien	↑ cortisol – T4 hypothyroïdie
Syndrome carcinoïde	Acide 5 hydroxy Indole Acétique

Tableau 2

Causes/Traitements médicamenteux
Opioïdes Benzodiazépines Antidépresseurs Neuroleptiques Corticostéroïdes Anticholinergiques Antiépileptiques Antihistaminiques Antifongiques Quinolones

Tableau 3

Causes/Traitements oncologiques
Ciclosporine A Méthotrexate Aracytine 5 fluorouracile Cisplatine Vincristine Procarbazine L-asparaginase Agents alkylants Interférons Mitotane Ifosfamide ➔ Vigilance de principe pour toute nouvelle drogue

Syndrome confusionnel et cancer

Examens complémentaires recommandés, à hiérarchiser selon la clinique et le pronostic vital	
Numération formule plaquette Globules blancs Globules rouges/hémoglobine Plaquettes	Bilan de coagulation TQ, TCA, D-Dimères Produits de dégradation du fibrinogène
Paramètres infection/inflammation Protéine C réactive, Procalcitonine, Vitesse de sédimentation Lactates, Hémocultures, Uroculture, Radiographie thoracique Autre(s) prélèvement(s) selon clinique	Dosages vitaminiques Vitamine B12 Acide folique Thiamine (B1)
Gaz du sang PO2, PCO2, pH	Bilan endocrinien Cortisol, T4
Electrolytes Na, K, Ca, Mg, PO4	Dosages médicamenteux Théophylline, Digoxine, Antiépileptiques
Glycémie	Imagerie par résonance magnétique ou à défaut, scanographie encéphalique Métastases, Infections, Pathologies vasculaires
Bilan rénal Urée Créatinine	Electroencéphalogramme Epilepsie, Encéphalopathie métabolique, Encéphalite herpétique
Bilan hépatique Bilirubine libre et conjuguée, ALAT, ASAT, Taux de prothrombine Protidémie, Ammoniémie	Ponction lombaire Infection Recherche de cellules tumorales

Traitement symptomatique de la confusion

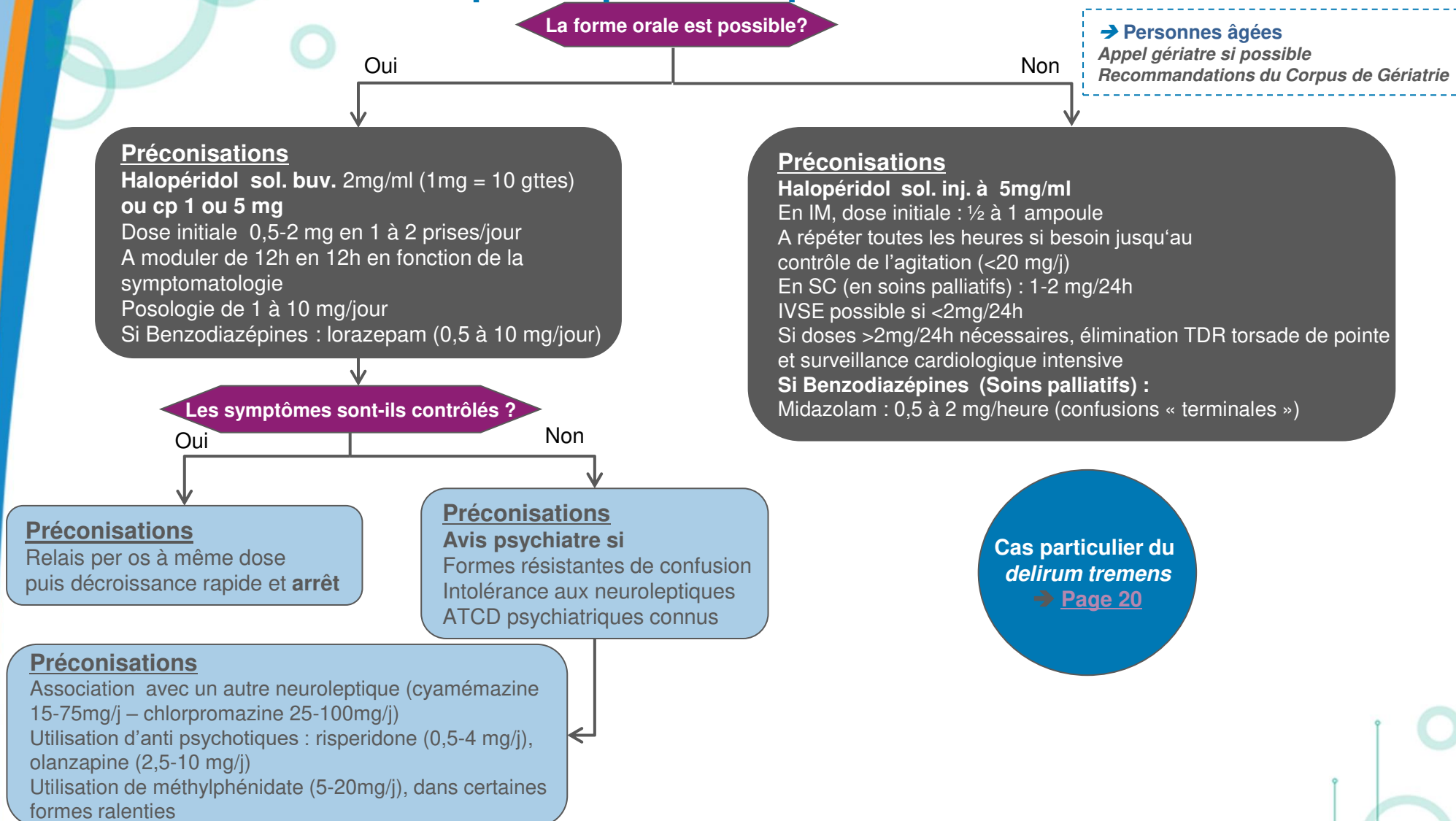
→ En phase terminale se référer aux recommandations de la SFAP
(Voir aussi annexe 2)

Préconisations

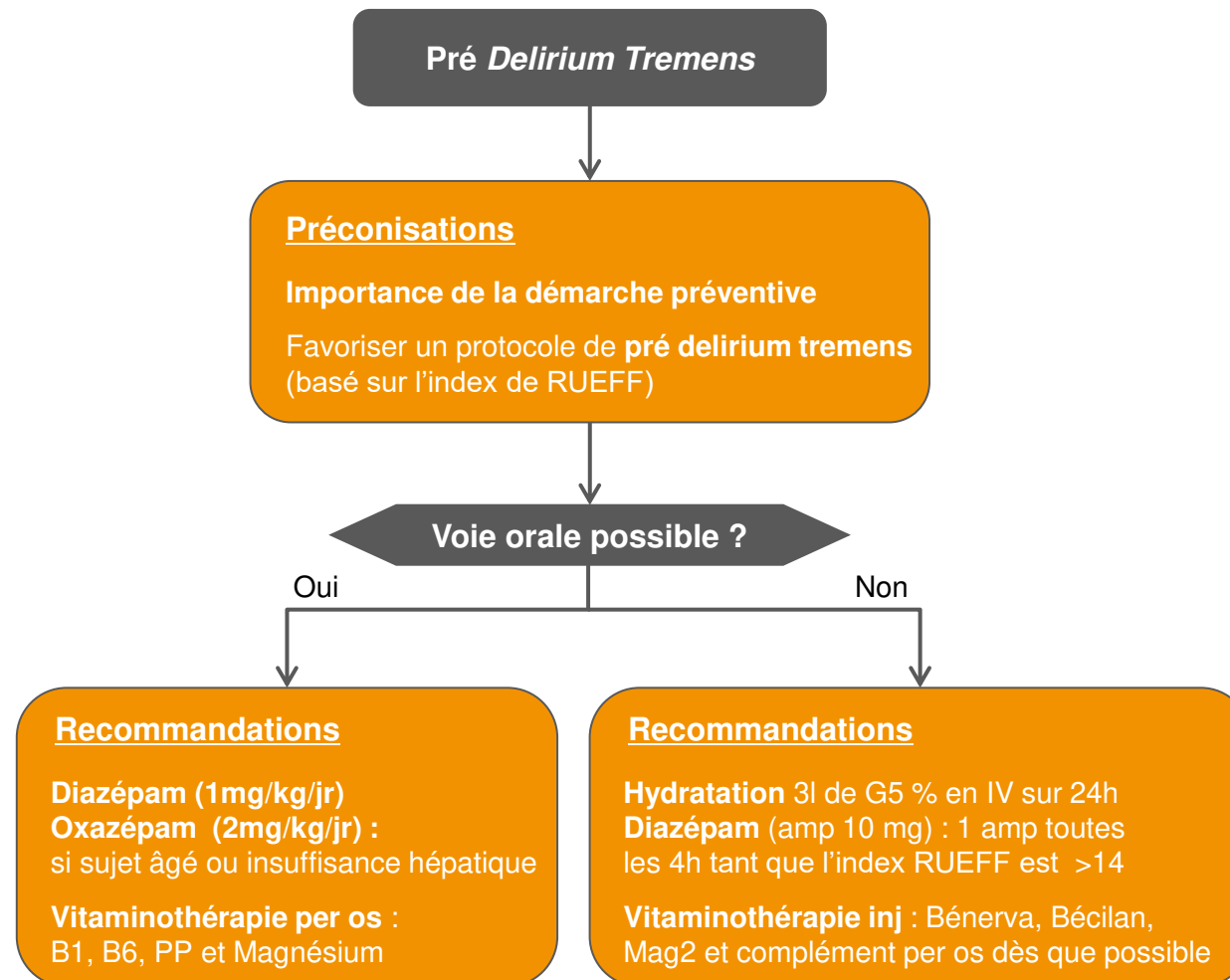
Quelle que soit la forme clinique de la confusion (agitée, ralentie ou mixte) :

- « **Nettoyer la pancarte** » : si possible réévaluation des prescriptions en tenant compte de la chronologie des prescriptions et des fonctions hépatiques et rénales (en l'absence d'insuffisance métabolique, un traitement psychotrope ou antalgique antérieurement bien toléré n'a pas de raison d'être confusiogène)
 - Diminuer opioïdes ou rotation des opioïdes
 - Diminuer antidépresseurs et hypnotiques
 - Diminuer corticoïdes
- **Surveiller l'hydratation et l'équilibre nutritionnel**
- **En première intention : les neuroleptiques**
 - Bonne efficacité de l'halopéridol, à réserver aux formes agitées avec mise en danger et/ou avec symptômes psychotiques majeurs (onirisme et hallucinations)
- **Eviter les benzodiazépines**, sauf dans certaines situations symptomatiques particulières. (DT, sevrage aux benzodiazépines...)
- **Réévaluation régulière +++**

Modalités de prescription : étapes de traitement



Modalités de prescription : Etapes de traitement



Modalités de prescription : Etapes de traitement

Delirium Tremens avec
onirisme, hallucinations

Préconisations

Diazépam (40-60 mg en perf IV sur 24h)
+ **halopéridol IM** 5 mg toutes les heures
sans dépasser 30 mg/j

Si malgré cela index de RUEFF reste supérieur à 14,
augmenter diazépam 1 amp toutes les 2 h avec surveillance
rapprochée (FC, TA, fréquence respiratoire, tremblements,
sueurs, agitation, hallucinations)

Poursuite **hydratation et vitaminothérapie**

○ Prise en charge environnementale

- **De l'ordre du nursing et de l'éducation /information**
 - Action sur l'environnement
 - Soutien des proches
- ➔ **Éviter la contention si possible mais nécessaire si dangerosité** (voir recommandations ANAES)
- ➔ **Donner des repères** : éclairage suffisant, calme, noms des soignants, lieux (les décrire, les nommer), temps (horloge, calendrier...), rituels annoncés (repas, visite médicale), audioprothèses et lunettes en place, objets familiers, présence de la famille
- ➔ Importance de **rassurer** le patient et sa famille vis-à-vis de la peur de devenir « fou »
- ➔ **Explication** des troubles, légitimer les comportements (patient et proches)
- ➔ **Stimuler** pendant la journée pour conforter le rythme nyctéméral, proposer des activités

Prise en charge de la fin de l'épisode (gestion de l'après-confusion)

Sortie de l'état confusionnel

70 % des états confusionnels ne sont pas complètement résolus au moment de la sortie d'hospitalisation du malade lorsqu'il est âgé de plus de 65 ans !

- ➔ **Importance de l'évaluation au moment des transmissions, quels outils ?**
- ➔ **Médicaments : rester vigilant sur certaines prescriptions**

Importance de la communication dans l'après-confusion avec le patient et ses proches (risque de malentendus) : souvent souvenir traumatique de l'épisode ++

Coordination des soins autour du patient confus

→ Lever les barrières entre l'hôpital et le domicile

**HÔPITAL/
EPP**

BILAN ÉTIOLOGIQUE

INFORMATIONS : écrites, transmissions, dossier de soins, dossier médical, informatiques, téléphoniques, entourage, familiales, sociales

MAIS SURTOUT DES INFORMATIONS COMMUNES

DOMICILE avec ou sans HAD/SAD et réseaux

Application : contexte de l'hôpital	Moyens nécessaires à une bonne coordination	Application : contexte du domicile
Echelle d'évaluation	Outils d'évaluation	Echelle d'évaluation
Médecins hospitaliers	Prescripteurs	Médecins traitants, coordonnateurs HAD, SAD et réseaux
24h/24	Disponibilité prescripteur	Astreinte 24h / 24 HAD sinon limitée
Indispensables et à déployer	Prescriptions anticipées (dans le cadre de protocoles validés)	Indispensables et à déployer
Affichés dans le service et dossier patient	Protocoles de préparation et de surveillance	A fournir aux IDE libérales
Présentes au sein de l'hôpital	Thérapeutiques médicamenteuses, matérielles et humaines	Pharmacie de ville, prestataires matériel médico-technique, aide sociale et psychologique
Réunions pluridisciplinaires, staff, debriefing, bilan d'évaluation	Réunions de coordination	Réunions au domicile avec équipe soignante, médicale, sociale et famille
Assurées par l'hôpital	Formations des prof. de santé, améliorations des pratiques de soin	Dispensées par le réseau

Annexe 1

Confusion mentale et cancer

EDD (échelle de dépistage du delirium)

Caractéristiques et description	Intensité des symptômes (0-2)			Score du jour
	Jour	19h-8h	7h-12h	12h-19h
Symptômes				
Désorientation : Manifestations verbales ou comportementales indicatives d'une mauvaise orientation dans le temps et/ou l'espace ou d'un mauvais discernement des personnes dans l'environnement.				
Comportement inapproprié : Comportement inapproprié pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, arracher ses sondes ou ses pansements, essayer de sortir du lit alors que c'est contre-indiqué, être constamment agité, réagir de façon exacerbé aux stimuli.				
Communication inappropriée : Communication inappropriée pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, incohérence, état d'incommunicabilité, discours inintelligible ou insensé.				
Hallucinations/Illusions : Voit ou entend des choses qui n'existent pas, distorsion dans la perception des objets...				
Ralentissement psychomoteurs, en tenant compte des conditions médicales : Temps de réaction allongé, peu ou pas d'action/de parole spontanées; par exemple lors de l'interaction avec le patient, celui-ci réagit toujours après un laps de temps et/ou il est difficile à stimuler et /ou réveiller.				
Score Total				
Coter chacune des 5 manifestations comportementales comme suit : 0 = comportement absent durant la période 1 = comportement présent durant la période, mais peu prononcé, ni en durée ni en intensité 2 = comportement présent durant la période et prononcé, soit en durée, soit en intensité (toute autre situation que 0 et 1). N.E. = non évaluable*				
*Inscrire N.E seulement s'il a été impossible d'évaluer le comportement du patient durant toute la durée de la période de travail; en préciser la raison : a = sommeil naturel b = sédation induite par la médication c = stupeur ou coma d =autre raison				
Probabilité d'un état confusionnel : 86 % pour un score supérieur ou égal à 2				

Annexe 2

Confusion mentale et cancer

Bonnes pratiques pour le contrôle de la confusion mentale en soins palliatifs ⁽¹⁾

- **Approche préventive**
 - Identification et traitement des facteurs précipitants : infection, traumatisme, iatrogénie
 - Identification des groupes à risque : sujets âgés, opérés récents, sujets palliatifs
 - Arrêt de toutes les médications psychoactives non indispensables
 - Préservation des fonctions cognitives et monitoring si altération
 - Préservation des fonctions sensorielles : port de lunettes, appareil auditif
 - Maintien des repères temporo-spatiaux : calendrier, horloge, objets personnels
 - Prophylaxie des troubles digestifs (nausées, constipation) et urinaires (rétention)
- **Approche symptomatique**
 - Cibler les traitements sur le contrôle des symptômes : agitation, hallucinations, délire
 - Hydratation et nutrition
 - Rotation des opioïdes ou changement de posologie des antalgiques
 - Utilisation de molécules antipsychotiques si nécessaire ± anxiolytiques (Hypnovel)
- **Approche environnementale**
 - Limitation des stimuli visuels et auditifs
 - Assurer la sécurité du patient, de l'entourage et des soignants
- **Approche étiologique**
 - Recherche a minima dans un contexte palliatif et d'étiologies incurables
 - Recherche ciblée en cas d'étiologies curables
 - Évaluation permanente du ratio bénéfices/risques tant des investigations que des traitements étiologiques à proposer
- **Approche « supportive » (soutien et accompagnement)**
 - Débriefing de l'épisode confusionnel : ventilation des émotions et ressentis par le patient
 - Éducation et soutien de l'entourage familial
 - Éducation du personnel soignant : dépistage et prévention

(1) Reich M, Soulié O, Revnic J Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ?
Médecine palliative 2011; 10 :4-13

Annexe 3

Confusion mentale et cancer

L'Index de RUEFF

INDEX DE RUEFF	0	1	2	3
Pouls	nf. à 80	81-100	101-120	Sup. à 120
PA systolique	Inf. à 12.5 +1 si >30 ans +2 si >50 ans	12.6-13.5 +1 si >30 ans +2 si >50 ans	13.6-14.5 +1 si >30 ans +2 si >50 ans	Sup. à 14.5 +1 si >30 ans +2 si >50 ans
Fréquence respiratoire	Inf. à 16	16-25	26-35	Sup. à 35
Tremblements	0	Main extension	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Contrôlable	Incontrôlable
Troubles Sensoriels	0	A la lumière ou au bruit. Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Le total de l'index de Rueff est compris entre 0 et 21

- Si l'index de Rueff est entre 0 et 7, il faut poursuivre la thérapeutique à la même posologie.
- Si l'index de Rueff est entre 7 et 14, la surveillance du patient doit être étroite, en augmentant la fréquence de la surveillance infirmière.
- Lorsque l'index de Rueff est supérieur à 14, la thérapeutique doit être modifiée, en augmentant notamment le diazépam (VALIUM). Exemple si le patient pèse 60 kg. Il aura en première intention 10 mg de VALIUM toutes les 4 heures. Si malgré cette posologie l'index de Rueff est supérieur à 14, le patient aura alors 10 mg de VALIUM toutes les 2 heures pendant 12h avec une surveillance IDE rapprochée.

Références bibliographiques (1)

Alici-Evcimen Y, Breitbart W.

An update on the use of anti- psychotics in the treatment of delirium.

Palliat Support Care 2008;6:177-182.

Bond SM, Neelon VJ.

Delirium Resolution in hospitalised older patients with cancer.

Cancer Nursing 2008; 31 :444-50

Boyle DA

Delirium in Older Adults with Cancer : implications for Practice and Research.

Oncology Nursing Forum 2006; 33: 61-78

Breitbart W, Alici Y.

Agitation and delirium at the end of life « We could not manage him »

Jama 2008; 300 : 2898 – 2910

Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, Lynch M.

Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer.

JPain Symptom Manage 1995;10 :131-141

Bush SH, Bruera E.

The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients.

Oncologist 2009;14:1039– 1049

Caraceni A, Grassi L.

Delirium : Acute confusional states in palliative medicine.

Oxford University Press, New York, 2003;259 p

Dyer CB, Ashton CM, Teasdale TA.

Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies.

Arch Intern Med 1995;155:461-465

Références bibliographiques (2)

Elie D, Gagnon P, Gagnon B, Giguère A.

Using psychostimulants in end-of-life patients with hypoactive delirium and cognitive disorders : a literature review.

Can J Psychiatry 2010;55:386-393

Gagnon B, Low G, Schreier G.

Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium : a prospective clinical study.

Rev Psychiatr Neurosci 2005;30:100-107

Gagnon P.

Treatment of delirium in supportive and palliative cancer.

Curr Opin Support Palliat care. 2008; 2:60 –6

Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F. Roy MA

Impact on delirium detection of using a sensitive instrument integrated into medical practice.

Gen Hosp Psychiatry. 2005;3: 194-9

Gaudreau JD, Gagnon P, Tremblay A.

Psychoactive medication and risk of delirium in hospitalized cancer patients.

J Clin Onc 2005; 23 : 6712 8

Hildebrand J, Brada M.

Differential diagnosis in neurooncology

Brain, 2002; 125 : 2134

Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L

A multicomponent Intervention to prevent delirium in hospitalized older patients.

NEJM 1999; 340 : 669-76

Références bibliographiques (3)

Inouye SK.

The dilemma of delirium : clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients.

Am J Med 1994;97:205-207.

Leonard M, Agar M, Mason C, Lawlor P.

Delirium issues in palliative care settings.

J Psychosom Res 2008;65:289-298.

Liptzin B, Levkoff SE.

An empirical study of delirium subtypes.

Br J Psychiatry 1992;161:843-845

Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T.

Antipsychotics for delirium

Cochrane Database System Rev. 2009 (2) CDOO5594

Manckoundian P, Mazen E, Pfitzenmeyer P

Confusion mentale du sujet âgé

chapître 16, in J.Belmin, GERIATRIE. Paris : Masson, 2ème édition, 2009 : 115-120 ISBN978-2-294-70242-6

Meyer-Masseti C, Cheng CM, Sharpe B, Meier CR et al

The FDA extended warning for intravenous haloperidol and torsades de pointes : how should institutions respond ?

Journal of Hospital Medicine 2010; 5 : 8-16

Posner JB

Neurologic complications of cancer

FA Davis Company Philadelphia 1995

Références bibliographiques (4)

Reich M, Soulié O, Revnic J.

Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ?

Médecine palliative 2011; 10 :4-13

Ross CA, Peyser CE, Shapiro I, Folstein MF.

Delirium : phenomenologic and etiologic subtypes.

Int Psychogeriatr 1991;3:135-147

Schoevaerts D, Cornette P.

Le delirium : un syndrome gériatrique fréquent.

La Revue de Gériatrie 2010; 35 : 111 -120

Sieber FE.

Postoperative delirium in the elderly surgical patient.

Anesthesiol Clin 2009;27:451-464

Schiff D, Arrillaga I, Wen P

Cancer Neurology in clinical practice

Humana Press Totowa New Jersey 2003

Spiller JA, Keen JC.

Hypoactive delirium : assessing the extent of the problem for inpatients specialist palliative care.

Palliat Med 2006;20:17-23

Stagno D, Gibson C, Breitbart W.

The delirium subtypes: a review of prevalence, phenomenology, pathophysiology, and treatment response.

Palliat Support Care 2004; 2:171-9