

**Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland –
Projet dans le cadre de l'action «Développement de la qualité des Soins
Palliatifs en Suisse»**

1. De quoi s'agit-il?

Français: Etat confusionnel aigu (ci-après: ECA)

English: delirium = acute mental confusion
(importance croissante de ce terme
dans les pays non- anglosaxons.)

Italiano: stato confusionale acuto

Deutsch: akuter Verwirrheitszustand

1.1 Définition

«Syndrome complexe qui découle de causes multifactorielles caractérisé par des perturbations significatives de la conscience, de la perception, de la pensée et du sommeil.»

Caraceni A. Grassi L. 2003 Delirium: Acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press, Oxford

Critères diagnostiques du Delirium selon le DSM IV

- Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence pré-existante, stabilisée ou en évolution.
- La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.
- Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

1.2 Sous-Types:

- Hypoactif
- hyperactif
- mixte

Importance de reconnaître l'ECA hypoactif, sous-diagnostiqué et sous-traité (DD: Dépression).

1.3 Pourquoi est-ce un problème?

Prévalence: croissante au cours de l'évolution de la maladie cancéreuse, pour atteindre jusqu'à 85% en phase terminale.

L'état confusionnel aigu engendre une souffrance chez le patient, les proches et l'équipe soignante.

Les conséquences peuvent être:

- Une mise en danger du patient (morbidity accrue) et/ou de son entourage
- La perte d'autonomie
- Des troubles de la communication
- La rupture des liens relationnels
- La diminution de la capacité de discernement
- Une perturbation du rôle, de l'image et de l'identité sociale
- Une détresse spirituelle
- Une expérience traumatique pour le patient, la famille, l'équipe
- Une hospitalisation en urgence ou un transfert dans un hôpital psychiatrique
- Une difficulté à verbaliser ses symptômes et à les évaluer

L'ECA est un facteur pronostic défavorable.

2. QUELLES EN SONT LES CAUSES?

2.1 Etiologies

1) Facteurs prédisposants

âge, troubles cognitifs, sévérité de la pathologie sous-jacente, abus d'alcool

2) Facteurs précipitants:

- Atteintes structurelles (ex. lésions cérébrales: tumeurs, métastases, infections etc.)
- Atteintes non- structurelles: parmi celles-ci: Facteurs somatiques potentiellement réversibles: en particulier
- Effets secondaires des médicaments (ex. opioïdes, psychotropes: en particulier anticholinergiques, benzodiazépines)
- Infections
- Métabolique: ex. hypo-/ hyperglycémie, Hypercalcémie, hyponatrémie, insuffisance rénale et/ou hépatique
- Rétention urinaire, constipation
- Déshydratation
- Hypoxémie
- Déficits vitaminiques (ex. B1, B12)
- Sevrages (Benzodiazépines, alcool, nicotine)

3) Facteurs aggravants: en particulier

- Environnement (ex. manque ou excès de stimulations sensorielles, manque de sommeil, changement de milieu)
- Symptômes peu/non contrôlés (douleur, dyspnée, anxiété)
- Stress psychosociaux
- Stress spirituels

Fréquemment des multiples facteurs sont présents!

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Projet dans le cadre de l'action «Développement de la qualité des Soins Palliatifs en Suisse»

2.2 Diagnostics différentiels principaux:

- Démence
- Psychose
- Dépression
- Etat anxieux
- Sédation

2.3 Evaluation

Importance de la détection précoce

2.3.1 Anamnèse

Auprès du patient

- Avez-vous remarqué un changement dans votre manière de vous concentrer, dans celle? de voir les choses? d'être? de penser?, de vous comporter?
- Votre sommeil a-t-il changé ces derniers temps?

Auprès de la famille

Auprès des membres de l'équipe

2.3.2 Utilisation d'un outil d'évaluation validé

Il existe différents outils pour évaluer les fonctions cognitives et perceptives. Recommandés par le Groupe BIGORIO:

- Outil diagnostique: ex. CAM (Confusion Assessment Method)
- Outil de monitoring des fonctions cognitives: MMS, TE-LECOM (version française, validée du BOMC)
- Autres: Echelle d'évaluation de la confusion Michel Sazazin, DOS (Deliriumbeobachtungs-Screening-Skala)

2.3.3 Observation

- Le patient est-il capable de suivre mon discours?
- Peut-il se concentrer?
- Comment est son regard?
- Montre-t-il des signes d'inquiétude ou d'agitation?
- Recherche des possibles facteurs précipitants/ aggravants

2.3.4. Examen clinique

Y compris examen neurologique, recherche de signes de déshydratation, d'infection, de neurotoxicité aux opiacés etc.

2.3.5. Médicaments

Revoir les traitements pris (prescrits ou non) dans les jours et semaines précédents.

2.3.6. Examens paracliniques

Prévoir d'éventuels examens complémentaires à la recherche d'étiologies potentiellement traitables (voir 2.1.).

3. QUE FAIRE?

3.1 Six règles d'or:

1. Privilégier la prévention (voir 2.3.)
 2. Approche en équipe interdisciplinaire nécessaire
 3. Documenter les observations
 4. Interventions thérapeutiques simultanées (étiologiques et symptomatiques)
 5. Choisir des interventions limitées dans le temps et évaluer leurs effets régulièrement
- Rigueur dans le suivi des soins de base

3.2 Interventions non médicamenteuses

3.2.1 Communication

Prendre conscience que le patient a une perception différente de la réalité et donc

- utiliser des phrases simples, courtes
- faire preuve de patience, de calme et d'empathie
- s'adapter à l'état et au rythme du patient
- approche et soins évitant toute brusquerie
- valider ce que dit le patient sans alimenter le délire (d'après N. Feil)
- favoriser l'autonomie du patient en l'impliquant dans les soins et les prises de décisions dans la mesure du possible

3.2.2 Famille, proches, entourage

Les proches ont besoin d'être informés précisément de l'état du patient, des causes possibles, des traitements envisagés et des limites de la prise en charge.

Les proches peuvent nous apporter des informations précieuses en ce qui concerne les habitudes de vie du patient.

Les proches ont besoin d'être soutenus et valorisés pour faire face à l'état du patient:

- Ne pas prendre à la lettre les propos du patient
- Le réorienter fréquemment
- Favoriser un climat de calme et de tranquillité
- Répartir les visites

Offrir aux proches la possibilité de se ressourcer

Proposer aux proches de participer aux soins au malade et à l'aide aux repas

Si l'état confusionnel persiste, planifier des rencontres régulières avec les proches

3.2.3 Réorientation du patient

- Reproduction de l'environnement familial (habits personnels, photographies, tableau, literie...)
- Horloge ou réveil et calendrier visibles et à jour!
- Eviter les changements de chambre
- Eclairage en fonction des habitudes et demandes du patient
- Réduire au maximum le nombre d'intervenants autour du patient

**Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland –
Projet dans le cadre de l'action «Développement de la qualité des Soins
Palliatifs en Suisse»**

- Structurer les journées (donner un rythme régulier, se présenter toujours de la même manière, être attentif à faire les choses toujours de la même manière (repas, toilette...))
- Penser à vérifier si le patient est porteur de lunettes ou d'appareil auditif

3.2.4 Sommeil

- Connaître les habitudes de sommeil et respecter les rituels
- Réduire les bruits et les lumières le soir
- Explorer les pistes qui peuvent favoriser l'endormissement (musique, tisane, toucher-massage, présence)
- Encourager la mobilisation (effet favorable sur l'inversion du rythme nyctéméral, favorise le sommeil)

3.2.5 Hydratation et alimentation

- Stimuler le patient à boire régulièrement, en tenant compte de ses préférences
- Prévoir un bilan liquidien si nécessaire
- Evaluer la nécessité d'une aide lors de la prise des repas
- Proposer des repas qui peuvent se manger facilement.
- Faire des soins de bouche régulièrement

3.2.6 Elimination

- S'assurer de la régularité et de la diurèse du patient, documenter
- Favoriser l'élimination (conduire régulièrement le patient aux toilettes, position)

3.2.7 Mise en danger de soi-même et des autres

L'usage de la contention physique devra être évité autant que possible et documenté

La contention est plus dangereuse que la non contention. Elle augmente l'agitation.

Si une contention s'avère nécessaire il faut documenter les raisons de la décision et réévaluer régulièrement la pertinence de cette mesure.

Le risque de chute est admis et explicité

Des alternatives doivent être envisagées telles que:

- présence d'une personne probablement le facteur le plus important!
- matelas au sol
- barrière naturelle (p.ex. lit contre le mur)
- adaptation médicamenteuse
- limiter les cathéters

Sécuriser l'équipe!

3.2.8 Equipe de soins

Les mesures suivantes devraient être envisagées au niveau des institutions:

- Dotation adéquate en personnel ainsi que recours aux bénévoles
- Formation à la détection précoce et à la prise en charge du patient atteint d'ECA
- Un soutien aux équipes

3.3 Traitement médicamenteux

3.3.1 Etiologique (voir 2.1.)

- Considérer un traitement étiologique
- Diminution/arrêt des médicaments incriminés
- Rotation des opiacés

3.3.2 Symptomatique

Haloperidol (Haldol®, Sigapéridol®):

a) Voie d'administration préférée: orale/SC

b) Dose initiale/titration: en fonction de

- l'âge du patient
- la sévérité des symptômes
- milieu de soins

c) Se donner un délai de 24 heures pour évaluer l'efficacité du traitement

Proposition:

Dose initiale: 0.5–1 mg/8 heures po/sc;

Dose de réserve: 0.5–1 mg/1 heures

Dose maximale par 24 heures: 6–15 mg

d) Si échec:

- Réévaluer les facteurs étiologiques
- Considérer l'admission dans une structure hospitalière/ le recours à une consultation de soins palliatifs
- Considérer un changement/adjonction de neuroleptique (plus sédatif, p.ex. levomepromazine (Nozinan®) ou atypique, p.ex. Olanzapine (Zyprexa®, aussi choix no.1 en cas de maladie de Parkinson)
- Considérer l'adjonction de benzodiazépines (p.ex. Lorazepam (Temesta®) en cas d'anxiété majeure (attention personnes âgées)
- Eviter les mesures de contrainte et optimiser/titrer le traitement médicamenteux

Après l'épisode aigu

Ecoute et soutien du patient et de ses proches (parfois équivalent du «debriefing»).

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Projet dans le cadre de l'action «Développement de la qualité des Soins Palliatifs en Suisse»

4. QUESTIONS OUVERTES

- Symptômes précoces
- Fréquence de monitoring/évaluation
- Vitesse de réduction des doses des médicaments incriminés dans l'ECA
- Risques cérébro-vasculaires éventuels de l'haloperidol et de l'olanzapine/rispéridone
- Haloperidol chez les patients épileptiques
- Traitement du sevrage du tabac
- Place de la thiamine (Vit. B)
- Barrières de lits
- Cathéters urinaires
- Best practice en cas de troubles du sommeil

5. Littérature

Caraceni A and Grassi L, Delirium acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press 2003

Hjermstad M, Loge JH, Kaasa S.: Methods for assessment of cognitive failure and delirium in palliative care patients: implications for practice and research. Palliat Med. 2004 Sep;18(6):494-506.

Vella-Brincat J, Macleod AD.: Haloperidol in palliative care. Palliat Med. 2004 Apr;18(3):195–201.

Lawlor PG. Delirium and dehydration: some fluid for thought? Support Care Cancer. 2002 Sep;10(6):445–54

Reich M, Lassaunière J.-M. Prise en charge de la confusion mentale («delirium») en soins palliatifs: l'exemple du cancer. Médecine palliative 2003;2:55–71

CAM Instrument and Algorithm adapted from Inouye, S., van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A. & Horwitz, R.(1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. Annals of Internal Medicine, 113(12), 941–948.

Outils d'évaluations

CAM

<http://www.hartfordign.org/publications/trythis/issue13.pdf>

TELECOM

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=849455>

MMS

<http://www.alzheimer-montpellier.org/tests.html>

DOS

http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/january2004f/04.pdf

6. Rédacteurs

Groupe «Bigorio» de la palliative ch:

Beate Augustyn, infirmière; Irene Bachmann-Mettler, Infirmière; Dr. Augusto Caraceni; Dr. Steffen Eychmüller; Dr. Phil Larkin; Dr. Laurent Michaud; Dr. Hans Neuenschwander; Natacha Aymont, psychologue; Sylviane Bigler, infirmière; Ivan Bourgeois, infirmier; Claire-Lise Bovard, infirmière; Dr. Daniel Büche; Beatrice Dolder, th; Sophie Ducret, infirmière; Dr. Monica Escher-Imhof; Dr. Grégoire Gremaud; Dr. Sybille Marthy; Dr. Claudia Mazzocato; Monika Mettler, infirmière; Dr. Carine Moynier; Michelin Munnier, infirmière; Jacqueline Pécaut, infirmière; Patricia Perraudin, infirmière; Dr. Josiane Pralong; Verena Prebil, infirmière; Dr. Daniel Rauch; Christiane Schmid-Pasquier, infirmière; Dr. Nathalie Steiner; Luisella Manzambi-Maggi; Dr. Claudia Gamondi; Dr. Marianne Lang.

7. Merci

Nous remercions l'Université de Lausanne (L. Michaux, Prof. P. Guex et Prof. F. Stiefel) pour la collaboration, et pour l'aide de Augusto Caraceni. Pour le Copyright on s'adressera au Dr. Steffen Eychmüller (steffen.eychmuel-ler@kssg.ch)

Remarque générale / Copyright

Ces recommandations sont destinées à l'usage interne des membres de palliative.ch. Toute publication doit se faire en accord avec le directeur du projet « Bigorio », le Dr. Steffen Eychmüller (steffen.eychmueller@kssg.ch).