

PALLIUM

## Module 8 LE DELIRIUM

1

PALLIUM

## Module 8 Aperçu

- Section 1 : Volet théorique
- Section 2 : Discussion de cas

2

PALLIUM

## Le delirium

Le delirium est une complication courante qui apparaît à la fin de la vie.

- 15 à 25 % des patients atteints d'un cancer qui sont hospitalisés en souffrent.
- Jusqu'à 88 % des patients atteints d'un cancer terminal en souffrent.

Le delirium :

- est pénible pour les patients, leurs proches et leurs aidants;
- modifie l'évaluation et le contrôle des symptômes;
- est sous-diagnostiqué et sous-traité;
- constitue une « urgence médicale » en soins palliatifs.

3

PALLIUM

## Le delirium

Le delirium est difficile à diagnostiquer en raison de :

- la variation des signes et des symptômes;
- son évolution fluctuante;
- la confusion avec d'autres troubles psychiatriques :
  - la dépression
  - la démence
  - la psychose

Il est important d'effectuer régulièrement des tests de dépistage.

4

PALLIUM

## Caractéristiques cliniques du delirium

- Conscience altérée/niveau de conscience altéré
- Déficience de l'attention
- Désorientation
- Déficience de la mémoire
- Pensées désorganisées
- Expression altérée
- Hallucinations
- Idées délirantes ou paranoïa
- Troubles du sommeil
- Labilité émotionnelle
- Augmentation (agitation) ou réduction de l'activité psychomotrice

5

PALLIUM

## Le delirium - Critères de diagnostic du DSM IV

1. Perturbation de la conscience, avec une capacité réduite à concentrer, soutenir ou déplacer l'attention.
2. Modification du fonctionnement cognitif ou perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.
3. La perturbation s'installe en un temps court (quelques heures ou jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.
4. Mise en évidence d'une perturbation causée par les conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

6

PALLIUM

## Présentation clinique

- Hyperactivité
- Hypoactivité
  - Peut être confondue avec une dépression
- Mélange d'hyper et d'hypoactivité

7

PALLIUM

## Cause courantes des cas de delirium en soins palliatifs

- Médicaments
  - Opiacés
  - Anticholinergiques, comme les antidépresseurs tricycliques
  - Anticonvulsivants
  - Benzodiazépines
- Infections
- Déshydratation
- Défaillance métabolique/d'organes
  - Insuffisance rénale ou hépatique, hypercalcémie, hyponatrémie
- Hypoxémie
- Maladie du cerveau : métastases ou tumeurs primaires du cerveau

8

PALLIUM

## Causes courantes des cas de delirium en soins palliatifs

- Plusieurs causes sont souvent présentes en même temps.
  - p. ex. : neurotoxicité des opiacés, déshydratation et hypercalcémie.
- L'étiologie n'est pas claire dans environ 50 % des cas.
- La rétention urinaire aggrave le delirium.
- Examinez la possibilité d'une démence sous-jacente chez les patients très âgés.

9

**PALLIUM**

## Dépistage du delirium

Restez très vigilant afin de dépister le delirium.  
Utilisez des outils qui permettent de dépister le delirium, par exemple :

- Utilisez le MMSE ou le BOMC en cas de déficience cognitive.
- Utilisez l'échelle de confusion mentale (CRS, Confusion Rating Scale).

Test d'observation effectué rapidement par l'équipe traitante, qui évalue des symptômes comme l'agitation, les hallucinations, etc.

**10**

**PALLIUM**

## Approche de gestion du delirium en soins palliatifs

Dépistage

Identification et traitement des causes profondes, si possible et le cas échéant

+

Traitement du symptôme

+

Communication : expliquez la situation au patient et à la famille pour les rassurer

**11**

**PALLIUM**

## Approche de gestion du delirium en soins palliatifs

Gestion des causes profondes :

- Déshydratation : hydratation
- Toxicité des opiacés : réduction des doses (si la douleur est bien contrôlée) ou changement d'opiacés
- Causes liées aux médicaments : cessation des médicaments problématiques
- Déshydratation : hydratation par voie IV ou SC
- Hypercalcémie : hydratation et traitement au bisphosphonate ou à la calcitonine
- Hypoxie : administration d'oxygène
- Infection : traitement antibiotique (le cas échéant)

**12**

**PALLIUM**

## Gestion pharmacologique du delirium en soins palliatifs

**Antipsychotiques (neuroleptiques) traditionnels**

- Halopéridol : 1 à 5 mg, deux à trois fois par jour (PO/SC/IV)
- Méthotriméprazine : 6,25 à 25 mg, deux fois par jour
- Loxapine : 2,5 à 10 mg, deux fois par jour (PO)

**Antipsychotiques atypiques plus récents**

- Olanzapine : 2,5 à 10 mg deux fois par jour (PO/cachet qui se dissout)
- Risperidone : 0,5 à 2 mg deux fois par jour (PO)
- Quétiapine : 25 à 50 mg deux fois par jour (PO)

**Benzodiazépines**

- Généralement évitées. Elles semblent aggraver le delirium chez les patients en soins palliatifs.

13

**PALLIUM**

## Reversibilité du delirium

- 40 à 60 % des cas sont réversibles.
- Le delirium est moins réversible à la fin de la vie.
- Le défi est de comprendre à quel moment il est approprié de tenter de le renverser.
- Il faut 2 à 7 jours pour renverser un delirium.

14

**PALLIUM**

## Si le delirium s'aggrave ou persiste malgré le traitement proposé

- Examinez à nouveau les causes possibles (vous avez peut-être omis quelque chose, p. ex. : atteinte de la leptoméninge).
- Considérez la sédation palliative pour une période de temps indéfinie si l'agitation/les hallucinations sont sévères et réfractaires.
- Considérez la sédation palliative temporaire si l'agitation/les hallucinations sont très sévères.

15

PALLIUM

### Points à retenir

- Reconnaissez le delirium.
- Recherchez les causes réversibles.
- Gérez le delirium dans le cadre des objectifs de soins du patient/de la famille.
- Gérez les symptômes du delirium ainsi que les causes profondes.
- Éduquez la famille/l'aidant sur le delirium.

16