

Cours De Résidanat

Sujet : 29

Les états confusionnels

Objectifs :

1. Définir l'état confusionnel.
2. Etablir à partir des données anamnestiques et cliniques le diagnostic positif d'un état confusionnel.
3. Etablir à partir des données anamnestiques, cliniques et paracliniques le diagnostic étiologique d'un état confusionnel.
4. Décrire les modalités évolutives et les complications d'un état confusionnel.

INTRODUCTION :

L'état confusionnel est un syndrome clinique non spécifique. Il s'agit d'une psychose aiguë, fréquemment rencontrée en médecine générale, souvent méconnu et sous diagnostiqué. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique. L'étiologie est organique dans plus de 90% des cas.

Il s'agit d'une affection fréquente ; elle touche 10 à 15 % des patients hospitalisés en chirurgie générale, 15 à 20% des patients hospitalisés en service de médecine, 30% des patients hospitalisés en soins intensifs et 40 à 50% en postopératoire.

De la précocité du diagnostic positif, étiologique et du traitement étiologique dépend le pronostic.

Objectif 1 : Définir l'état confusionnel

La confusion mentale, encore appelée « delirium » dans la nosologie anglo-saxonne, est un syndrome clinique caractérisé par un dysfonctionnement global aigu des fonctions supérieures, secondaire à une souffrance cérébrale diffuse, habituellement réversible et transitoire, lorsque la cause est mise en évidence et traitée ; Il associe des troubles de la conscience, un désordre cognitif global, des troubles de la vigilance, des troubles des perceptions (onirisme, illusions, hallucinations, fausses reconnaissances), des troubles de l'humeur et du comportement, et des troubles somatiques.

Classiquement, le début est brutal (quelques heures ou jours), l'évolution est brève, fluctuante, réversible, avec une amélioration rapide (si le facteur causal est identifié et éliminé). Chacun de ces traits caractéristiques peut varier.

Selon le DSM 5, le delirium est défini comme « Une perturbation de la conscience et une modification du comportement cognitif qui s'installent en un temps court et tendent à avoir une évolution fluctuante au cours de la journée ».

Parmi les facteurs prédisposants, on cite la vulnérabilité inhérente aux âges extrêmes (sujet âgé, enfant), la fragilité cérébrale (accident vasculaire cérébral, démence, tumeur, alcoolisme chronique), antécédents de delirium, les maladies générales (diabète, cancer ...), handicap sensoriel.

Objectif 2 : Etablir à partir des données anamnestiques et cliniques le diagnostic positif d'un état confusionnel

1- Etude clinique :

La confusion mentale est un trouble aigu ou subaigu (quelques heures ou jours). Le début est le plus souvent d'installation rapide, marqué par l'installation de symptômes prodromiques.

1-1- Symptômes prodromiques:

Anxiété, insomnie, cauchemars, somnolence diurne, hypersensibilité à la lumière et aux sons, hallucinations, difficulté de concentration, hyperactivité et/ou hypoactivité, modifications de l'humeur et du caractère constatés par l'entourage.

L'apparition de ces symptômes chez un patient à risque de confusion mentale doit inciter le clinicien à surveiller le patient. En outre, les patients ayant des antécédents de confusion mentale referont probablement un épisode dans les mêmes circonstances. Progressivement, le malade s'achemine vers un état confusionnel confirmé.

1-2- Période d'état:

Au cours de la phase d'état, le patient est plongé dans un trouble général et profond de la conscience qui caractérise l'état confusionnel : altération des fonctions mentales (obnubilation, désorientation, amnésie) et expérience onirique.

1-2-1- Présentation du patient :

La présentation du malade confus est caractéristique : Le sujet paraît étonné, le faciès est hébété, figé, avec une mimique inadaptée. Le regard est hagard, flou, lointain : « ils ont des yeux et ils ne voient pas ». On a l'impression que le malade est absent, retranché de la réalité.

Le comportement psychomoteur peut s'inscrire dans deux tableaux, avec parfois des passages imprévisibles et rapides de l'un à l'autre. Le malade peut être apathique, somnolent, répondant péniblement, lentement et maladroitement aux stimulations. Il est sans initiative et a besoin d'une assistance pour les actes les plus élémentaires (manger, se laver, etc.) : c'est la forme stuporeuse. Il peut aussi être en proie à une agitation désordonnée, incohérente et stérile. C'est dans cette forme qu'est décrit l'onirisme. Le malade est incapable de faire la part entre des images internes et celles de l'environnement. L'adhésion du malade au fait qu'il vit ce tableau cauchemardesque est complète, de sorte qu'il peut tenter de s'échapper, se défenestrer ou avoir des gestes de défense dangereux pour lui ou les autres. Une telle forme clinique de confusion correspond à l'état confuso-onirique.

1-2-2- Signes psychiques:

♦ Altération de la conscience :

Il s'agit d'un symptôme-clé fait de la perturbation de la conscience avec diminution de la capacité à focaliser, soutenir ou déplacer l'attention. C'est le symptôme le plus fiable ayant un intérêt dans les formes atténuées et chez le sujet âgé. Elle fluctue dans la journée. Parfois, le malade semble faire un effort et poser des questions pour se repérer ou reconnaître les autres : c'est la perplexité anxieuse ou interrogative, très évocatrice quand elle est présente.

Le patient peut présenter un tableau d'hyperactivité ou une forme hypo active.

La forme hyperactive est retrouvée dans le delirium dû au sevrage d'une substance ou toxique. Elle peut s'associer à des signes végétatifs tels que rougeur, pâleur, sueurs, tachycardie, mydriase, nausées, vomissements et hyperthermie.

Les patients avec les symptômes d'hypoactivité sont parfois classés comme déprimés, catatoniques ou déments.

On peut également observer des patients présentant un mélange de symptômes d'hypo- et d'hyperactivité (forme mixte).

♦ Troubles cognitifs :

En plus d'une diminution de l'attention, les patients peuvent présenter une réduction considérable de la capacité à résoudre les problèmes et des troubles de mémoire des faits récents (atteinte de la mémoire de fixation, atteinte de la mémoire d'évocation, le rappel des souvenirs anciens peut être préservé). On trouve parfois une écnésie (hallucination de la mémoire : irruption dans la conscience de souvenirs du passé ressentis et revécus comme actuels), ou une illusion déjà vue déjà vécue.

Concernant le langage, il existe un discours décousu, inadapté ou incohérent, et le patient peut avoir du mal à comprendre ce qu'on lui dit.

♦ Onirisme :

Des perturbations dans les perceptions sont observées avec une incapacité généralisée du patient dans le domaine de la discrimination sensorielle, des interprétations erronées et une absence d'intégration des perceptions actuelles aux expériences passées

Le confus peut présenter un délire onirique. Le délire onirique est assimilé à un état de « Rêve éveillé immédiatement vécu et agi ».

Les mécanismes du délire : sont principalement hallucinatoires. Les hallucinations sont surtout visuelles, mais aussi, auditives, olfactives, cénesthésiques. Elles peuvent prendre un caractère

simple (tâche lumineuse, son...) ou un être complexe et élaboré (défilés d'images mobiles, enchaînement de scènes comme dans un film. Les illusions visuelles et auditives sont fréquentes. Le plus souvent, l'onirisme oriente vers une étiologie toxique.

Les thèmes du délire : le contenu est désagréable, et terrifiant (visages monstrueux, flamme). Les thèmes de zoopsies (visions d'animaux effrayants) sont classiques. Les thèmes professionnels sont fréquents.

La réaction au délire : Le sujet n'est pas spectateur de ces visions hallucinatoires : il en est l'acteur ; il les vit et les agit intensément, participant à son cauchemar, pouvant par exemple mimer une activité professionnelle, se battre contre ses hallucinations, agresser ses adversaires (imaginaires), ou se défenestre en fuyant (risque médico-légal).

L'onirisme n'est pas obligatoire au diagnostic et il constitue une source d'erreur diagnostique (avec les autres troubles psychotiques).

♦ Désorientation temporo-spatiale

L'orientation dans le temps est habituellement perdue, même dans les formes légères. L'orientation dans l'espace et la capacité à reconnaître les autres personnes (membres de la famille) sont détériorées dans les cas sévères. On peut trouver une identification erronée de personnes étrangères comme familières : fausses reconnaissances (médecin et infirmier pris pour membre de la famille ou collègue). Un confus perd rarement la capacité de s'identifier.

♦ Troubles de l'humeur :

Il y a souvent des anomalies de la régulation de l'humeur. Les symptômes les plus habituels sont la colère et la peur injustifiée. Parfois, on trouve de l'apathie, de la tristesse ou de l'euphorie. Quelques patients passent rapidement de l'une de ces émotions à l'autre au cours de la même journée.

♦ Perturbations du cycle veille- sommeil :

Il s'agit d'une perturbation caractéristique avec une somnolence la journée. Mais, le sommeil est presque toujours court et fragmenté. Parfois, le cycle entier veille-sommeil est simplement inversé. Les symptômes confusionnels s'exacerbent parfois juste à l'heure du coucher : « aggravation vespérale et nocturne ». De temps en temps, les cauchemars et les rêves se poursuivent pendant la période d'éveil sous formes d'expériences hallucinatoires.

1-2-2- Syndrome somatique général:

Les signes physiques montrent de façon constante une altération de l'état général avec des signes de déshydratation et de dénutrition, en particulier de la fièvre ou hypothermie, une oligurie, une langue saburrale, une anorexie, une constipation, des sueurs, un pouls volontiers rapide, une pâleur ou à l'inverse des bouffées vasomotrices.

La confusion mentale s'accompagne habituellement de symptômes neurologiques, tels que

dysphasie, tremblement, incoordination, incontinence urinaire et des céphalées. Des signes neurologiques focaux peuvent aussi faire partie du tableau clinique.

Le bilan biologique peut montrer des troubles hydroélectrolytiques, une hyperazotémie, une hyper-protidémie, un hématicrite augmenté, des anomalies glycémiques, une acidocétose.

2- Diagnostic positif :

Le diagnostic positif est purement clinique. Trois éléments sont importants : la fluctuation des troubles, l'aggravation vespérale, et la perplexité anxieuse.

Critères diagnostiques du DSM 5 du delirium dû à une affection médicale générale :

A. 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.

B. Modification du fonctionnement cognitif (tel 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 préexistante, stabilisée ou en évolution.

C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement qlq h ou qlq j) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou les examens complémentaires d'une perturbation due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

3- Formes cliniques :

On distingue :

3-1- Formes symptomatiques :

- ◆ **Forme stuporeuse :** Confusion mentale profonde en faveur d'une origine lésionnelle cérébrale, avec au premier plan, on trouve une passivité, une apathie et un mutisme ; L'onirisme est discret ou absent.
- ◆ **Forme agitée :** Onirisme et agitation au premier plan. L'origine toxique est fréquente.
- ◆ **Formes mineures :** Grande fluctuation, nombreux et longs moments de pleine vigilance. Des symptômes discrets : déficit attentionnel, de l'orientation et de la mémoire. Pas de délire. Peut passer inaperçue.
- ◆ **Formes suraigües malignes :** sont devenues exceptionnelles. Elles sont caractérisées par une profondeur du syndrome confusionnel, un syndrome somatique marqué. L'évolution est

spontanément mortelle.

3-2- Formes selon l'âge :

- ◆ **Enfant** : Plus vulnérable, surtout aux infections et à la fièvre. Les manifestations sont trompeuses, rendant le diagnostic difficile. L'onirisme est fréquent.
- ◆ **Sujet âgé** : Fréquente vue la vulnérabilité liée au vieillissement cérébral et aux tares. La désorientation temporo-spatiale et les troubles de la conscience sont au premier plan.

4- Diagnostic différentiel :

La confusion mentale est un syndrome neurocomportemental aigu exprimant une dysfonction globale aiguë des activités supérieures, en opposition aux dysfonctions supérieures globales chroniques (démence) et aux dysfonctions aiguës focalisées (aphasie, amnésie, apraxie).

4-1- Démence

| | <i>Confusion mentale</i> | <i>Démence</i> |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Altération de la mémoire | + | + |
| Altération du jugement | + | + |
| Altération de la pensée | + | + |
| Altération du cycle veille-sommeil | + | + |
| Désorientation | + | + |
| Début | Aigu | Progressif |
| Perception | Hallucinations (+) | Hallucinations (-) fréquentes |
| Attention | Déficit (+) | Déficit à stade avancé |
| Conscience | Fluctuante | Normale |
| Fluctuation nyctémérale | (+) | (-) |
| Attitude | Perplexité anxieuse | Indifférence |
| Evolution | Réversible | Spontanément irréversible |

Le syndrome démentiel avec atteinte cognitive pure constitue un diagnostic différentiel délicat car favorise l'émergence d'authentiques syndromes confusionnels. Un épisode confusionnel peut révéler un syndrome démentiel jusque-là plus au moins ignoré.

4-2- Les bouffées délirantes aiguës :

Quand prédomine l'activité onirique, le diagnostic différentiel se pose. Une note confusionnelle est présente dans la BDA mais elle est légère.

| | <i>Confusion mentale</i> | <i>BDA</i> |
|------------------------------|--|--|
| <i>Délire</i> | Hallucinations visuelles Délire onirique | Délire polymorphe Vécu de dépersonnalisation |
| <i>Conscience</i> | Désorientation TS vraie Perturbation profonde de la vigilance | Pas désorientation vraie Pas de perturbation profonde de la vigilance |
| <i>Attitude</i> | Perplexité anxieuse | Pas de perplexité |
| <i>Résolution de l'accès</i> | Amnésie + ou - totale | Absence d'amnésie |
| <i>Etiologie organique</i> | Toujours la rechercher | Absente le plus souvent |

4-3- Amnésies :

En particulier le syndrome de Korsakoff. Elles ne posent généralement pas de problème diagnostique. Le comportement, les perceptions, les capacités d'attention et le jugement y sont préservés. Il n'y a pas d'atteinte cognitive globale.

4-4- Aphasie sensorielle (aphasie de Wernicke) :

Elle est souvent confondue au premier abord avec un délirium. L'écoute attentive du patient permet de reconnaître l'abondance des paraphrasies (ex : quand on lui montre un verre il dit boire, soif...). La vigilance est normale. Il y a également des troubles de la compréhension et de l'expression du langage parlé et écrit.

4-5- Mélancolie stuporeuse :

Quand prédomine le tableau stuporeux, l'inhibition psychomotrice peut faire évoquer un état de stupeur confusionnelle. Cependant dans la mélancolie, il n'y a pas de désorientation temporo-spatiale. Un EEG peut être réalisé. Il montre dans la confusion un ralentissement général de l'activité.

Objectif 3 : Etablir à partir des données anamnestiques, cliniques et paracliniques le diagnostic étiologique d'un état confusionnel.

Le diagnostic étiologique repose sur :

- ♦ **L'interrogatoire de l'entourage** qui précisera les circonstances d'apparition du trouble (traumatismes, infection, intoxication, prise de médicament, exposition à un risque domestique), les antécédents médicaux, les antécédents psychiatriques.
- ♦ **L'examen clinique complet :**

Évaluer l'état général : à la recherche d'une fièvre, ou une déshydratation

Signes neurologiques : céphalées, ROT vifs, hypertonie, voire convulsion, signes neurologiques focaux.

Examen physique du patient confus

| Paramètre | Donnée clinique | Cause possible |
|-----------------|---|--|
| Pouls | Bradycardie | Hypothyroïdie ; HTIC |
| | Tachycardie | Hyperthyroïdie ; infection.. |
| Température | Fièvre | Maladie infectieuse ; crise thyrotoxisque ; vascularite |
| TA | Hypotension | Choc ; hypothyroïdie |
| | Hypertension | Encéphalopathie ; lésion expansive intracrânienne |
| Respiration | Tachypnée | Diabète ; pneumonie ; défaillance cardiaque ; fièvre |
| | Superficielle | Intoxication (alcool++) |
| Cou | Rigidité de la nuque | Méningite ; hémorragie méningée |
| Yeux | Œdème papillaire | Tumeur ; encéphalopathie hypertensive |
| | Dilatation pupillaire | Hyperactivité neurovégétative (sevrage alcoolique par exemple) |
| Haleine | Cétonique | Diabète |
| Système nerveux | ROT asymétriques avec signe de Babinsky | Lésion expansive intracrânienne ; AVC ; démence |
| | Faiblesse dans le regard latéral (Nerf moteur oculaire externe) | Lésion expansive intracrânienne ; AVC |
| | Hyperactivité végétative | Anxiété ; delirium tremens |

◆ Les examens complémentaires

Les examens complémentaires d'un confus devraient inclure les examens de routine et des examens complémentaires indiqués par la situation clinique.

Il faut systématiquement effectuer une glycémie capillaire et un ECG au même temps que l'examen.

En cas de signes de focalisation, il faut systématiquement effectuer une TDM cérébrale. En l'absence d'une étiologie évidente, un EEG est indiqué à la recherche d'un état de mal parfois non convulsif.

En fonction de l'orientation diagnostique, des examens biologiques seront demandés : chimie sanguine (ionogramme sanguin, glycémie, examens hépatiques et rénaux), NFS avec numération plaquettaire, VS, gazométrie, bilan thyroïdien, calcémie, sérologie syphilitique, ECBU, ECG, EEG, radiographie pulmonaire, recherche de substances psychoactives dans le sang et les urines, hémocultures, ponction lombaire, TDM, IRM.

1- Causes infectieuses :

Toutes les maladies infectieuses peuvent entraîner une confusion, en raison de la fièvre qui les accompagne ou par l'action directe du germe responsable. Elles peuvent être virales, bactériennes ou parasitaires.

- Les infections bactériennes : la fièvre typhoïde (typhus), R.A.A., Brucellose, Tuberculose (localisations méningées encéphaliques du BK)...
- Les infections virales, par la localisation méningo-encéphalitique du virus, exemples : la rougeole, la grippe, les oreillons, ...
- Les infections parasitaires : Paludisme, Toxoplasmose, Rickettsiose, ...

Chez le sujet âgé, les plus fréquentes sont les pneumonies, les infections urinaires, les méningites, les encéphalites, les septicémies...

2- Causes neurologiques (non infectieuses) :

Accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural, hémorragie méningée, épilepsie (per ou postcritique), traumatisme crânien, encéphalopathie carentielle, tumeur cérébrale.

3- Causes cardiovasculaires :

Syndrome coronaire aigu, trouble du rythme ou de la conduction, embolie pulmonaire, état de choc.

4- Causes métaboliques et endocriniennes :

Diabète par hypoglycémie, acidocétose ou hyperosmolarité, dysthyroïdies, hypoglycémie,

hyponatrémie, hypernatrémie, déshydratation, hypercalcémie, hypoxie (anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque), insuffisance rénale aiguë, encéphalopathie hépatique, tous les troubles hydroélectrolytiques.

5- Causes toxiques :

♦ Alcool :

La consommation d'alcool est une cause majeure d'états confusionnels, dont les mécanismes en cause sont variables :

- L'intoxication aiguë : des ivresses pathologiques réalisent des états confusionnels transitoires, régressifs, suivis d'une amnésie et une tendance à la récédive.

- L'intoxication chronique :

- * L'encéphalopathie hépatique

- * Le délirium tremens : rencontré dans la suite d'un sevrage brutal. Les manifestations somatiques (fièvre, hypertension avec évolution vers un collapsus en l'absence de prise en charge, tremblements intenses, agitation), et l'onirisme (thèmes professionnels ou zoopsies) sont évocateurs d'un délirium tremens.

- * L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke : une encéphalopathie grave, secondaire à une carence en thiamine (vitamine B1), associant une perturbation de la conscience, des troubles oculomoteurs, une hypertonie oppositionnelle, une incoordination motrice et des troubles de l'équilibre.

Autres causes toxiques :

Les consommations aiguës ou chroniques de drogues psychostimulantes et psychodysléptiques, et les intoxications accidentelles (mercure, zinc, oxyde de carbone, insecticides, ...) sont responsables de tableaux confusionnels.

♦ Causes iatrogènes :

Les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques sont particulièrement pourvoyeurs d'état confusionnel sur un terrain fragilisé comme le sujet âgé. Les médicaments les plus fréquemment associés à un épisode confusionnel chez le sujet âgé sont les psychotropes, les anti-parkinsoniens, les anti-arythmiques, les anti-convulsivants, les corticoïdes à fortes doses, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anti-histaminiques (les anti-H2), les hypoglycémisants oraux, les antibiotiques, les antalgiques, les médicaments cardiovasculaires (digitaliques, β -...), la théophylline....

6- Causes psychiatriques

Certaines affections psychiatriques peuvent être l'objet de manifestations confusionnelles.

- Psychose puerpérale : qui peut se manifester par un état confuso-onirique.
- Schizophrénie : des accès confuso-oniriques ou confuso-délirants peuvent inaugurer ou émailler un processus schizophrénique.
- Confusion mentale primitive (ou psychogène).
- Confusion mentale post émotionnelle et réactionnelle : situations de stress intense, traumatismes psychiques (deuil, guerre ...).
- Il peut s'agir d'une forme confusionnelle d'un trouble de l'humeur (manie confuse).

7- Autres causes :

Douleurs aiguës, rétention aiguë d'urine, état sub-occlusif sur fécalome, fièvre isolée, traumatismes ostéo-articulaires ou des parties molles, hospitalisation ou entrée en institution, facteurs environnementaux dont la contention physique, privation ou surcharge sensorielle aiguë (visuelle ou auditive), privation de sommeil, affections hématologiques (leucémies ...) ou cancers, collagénoses, électrocution, coup de chaleur ; irradiation thérapeutique.

Objectif 4 : Décrire les modalités évolutives et les complications d'un état confusionnel.

L'évolution dépend de l'étiologie, de la fragilité du terrain, de la durée de l'accès et la précocité du traitement. La survenue d'un delirium est en soi de mauvais pronostic, à moyen et long terme. Le taux de mortalité à 3 mois varie entre 23 et 33%. Il est possible que la mortalité à 1 an, atteigne 50%, principalement en raison de la gravité de l'affection médicale associée qui a entraîné le delirium. Les symptômes durent habituellement aussi longtemps que les facteurs causaux sont présents.

L'évolution favorable est la plus fréquente. La guérison est rapide, progressive et sans séquelles en général avec un parallélisme entre les signes physiques et psychiques.

Après l'identification et le traitement des facteurs causaux, les symptômes rétrocedent habituellement en 3 à 7 j (certains parlent de 10 à 12 j) sans séquelles et avec une amnésie totale de l'épisode critique (amnésie lacunaire après la résolution).

On peut voir chez le sujet âgé une évolution prolongée mais favorable.

Dans tous les cas, l'amélioration concomitante de l'état mental et physique est d'une grande

valeur pronostique.

Parfois, après la disparition des troubles confusionnels, le patient peut rester sous l'influence de son expérience onirique. Il est convaincu de la réalité de certaines scènes vécues au cours de la confusion: ce sont les idées fixes post oniriques qui disparaissent généralement au bout de quelques jours.

La discordance entre amélioration psychique et physique est un signe défavorable.

Si le syndrome physique persiste malgré la lucidité retrouvée, on peut craindre une rechute : ce sont des formes à rechutes possibles sur des terrains fragiles (sujet âgé).

Si la confusion mentale persiste en dépit d'un équilibre physique retrouvé, le passage à la chronicité est à craindre. Le problème de distinction avec une démence s'impose. Cette forme est rencontrée surtout quand persiste le trouble cérébral sous-jacent.

Plus rarement, ces reliquats oniriques peuvent s'organiser en un délire chronique post-onirique.

~~d'allure schizophrénique ou paranoïaque.~~ Effacer « d'allure schizophrénique ou paranoïaque ».

On retient : « Plus rarement, ces reliquats oniriques peuvent s'organiser en un délire chronique post-onirique. »

◆ Complications :

Outre les complications liées à l'étiologie, d'autres complications peuvent se voir :

- Complications traumatiques consécutives aux comportements de fuite et aux chutes ;
- Raptus anxieux ;
- Fugue, errance ;
- Passage à l'acte suicidaire ou des actes médico-légaux auto ou hétéro-agressifs généralement secondaires à l'onirisme ;
- Délire aigu (rare avec agitation intense fièvre élevée, déshydratation, hyperazotémie).
- L'évolution mortelle est exceptionnelle actuellement grâce au traitement. Elle peut survenir par l'épuisement et les désordres métaboliques sévères du fait de la gravité de l'étiologie.

CONCLUSION :

La confusion mentale est fréquente dans les services de médecine, de chirurgie et de psychiatrie. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique. Son diagnostic est aisé en général, mais, impose la recherche minutieuse d'une affection organique sous-jacente qui conditionne le pronostic. Le traitement précoce et bien conduit permettra d'éviter les complications.