

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Faculté de médecine d'Alger

Cours de 5<sup>ème</sup> année médecine

# **Confusion mentale**

Ouslimane Salima

[Ouslimane\\_sal@yahoo.fr](mailto:Ouslimane_sal@yahoo.fr)

Le 20-06-2022

## **Objectifs :**

- Reconnaître les symptômes de la confusion mentale
- Décrire les diverses étiologies de la confusion mentale
- Mettre en place les thérapeutiques symptomatiques dans l'immédiat
- Recommander une prise en charge étiologique spécifique

## **Plan :**

- Introduction- Généralités
- intérêt
- Définition
- Facteurs prédisposant
- Etude clinique
  - Symptômes prodromiques
  - Période d'état
  - Présentation du patient
  - Signes psychiques
  - Signes physiques
- Examen clinique
- Examens complémentaires
- Diagnostic positif

- Diagnostic différentiel
- Diagnostic étiologique
  - Organiques
  - Psychiatriques
- Evolution complication
- Prise en charge
- Conclusion

## **I-Introduction :**

La confusion mentale, encore appelée « delirium » dans la nosologie anglo-saxonne, est une psychose aigüe le plus souvent d'origine organique (90 %). C'est un syndrome et non une maladie, fréquemment rencontré en médecine générale, souvent méconnu et sous diagnostiqué. C'est « la plus médicale des affections psychiatriques ». C'est une urgence médicale et psychiatrique, à la fois diagnostique et thérapeutique. Elle touche 10 à 15 % : patients hospitalisés en chirurgie générale, 15 à 20% : patients hospitalisés en service de médecine, 30 % : patients hospitalisés en soins intensifs et 40 à 50% : en postopératoire (fracture de la hanche). De la précocité du diagnostic positif, étiologique et du traitement étiologique dépend le pronostic. Le syndrome de confusion mentale témoigne d'une grande souffrance cérébrale à l'origine d'une atteinte des capacités d'éveil, de pensée et d'attention du sujet réalisant un état déficitaire le plus souvent transitoire.

## **II-Intérêt :**

Il s'agit d'une urgence médicale, où le pronostic vital du patient est mis en jeu

## **III-Définition :**

Il s'agit d'un syndrome neurocomportemental aigu exprimant une dysfonction globale aigüe, transitoire des activités supérieures. Il associe des désordres concomitants :  
 - Des aptitudes cognitives avec troubles de la perception allant jusqu'à l'onirisme,  
 - De l'état de conscience,

- Du comportement psychomoteur,
- Des affects.

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».

Des anomalies de l'humeur, de la perception et du comportement sont des symptômes psychiatriques fréquents, souvent associés à des symptômes neurologiques.

#### **IV-Facteurs prédisposant :**

- La vulnérabilité inhérente aux âges extrêmes
- La fragilité cérébrale (accident vasculaire cérébral, démence, tumeur, alcoolisme chronique)
- Antécédents de delirium
- Les maladies générales (diabète, cancer,...),
- Handicap sensoriel.

#### **V-Etude clinique :**

La confusion mentale est un syndrome caractérisé, essentiellement, par une triade faite

Altération cognitive (intellectuelle)

Onirisme

Syndrome physique.

Le début est généralement brutal, mais, peut également être progressif et peut parfois être précédé d'une phase prodromique.

##### **1-Symptômes prodromiques**

La confusion mentale est le plus souvent d'installation rapide (en quelques jours), marquée par des prodromes :

Anxiété, somnolence diurne, insomnie, hallucinations transitoires (surtout chez le sujet alcoolique), cauchemars, agitation, modifications de l'humeur et du caractère constatées par l'entourage.

L'apparition de ces symptômes chez un patient à risque de confusion mentale doit inciter le clinicien à surveiller le patient avec soin. 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.

##### **2- Période d'état :**

Le patient est plongé dans un trouble général et profond de la conscience qui caractérise l'état confusionnel :

Altération de la synthèse mentale (obnubilation, désorientation, amnésie)  
Expérience onirique.

## 2-1- Présentation du patient:

La présentation du malade confus témoigne du trouble global des fonctions mentales. 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 stérile, est bruyant et en perpétuel état d'alerte. 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.

## 2-2- Signes psychiques:

- L'altération de la conscience et de l'attention : 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. 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**

- Eveil : on retrouve deux modalités :

- Hyperactivité associée à une vigilance accrue. Forme hyperactive retrouvée dans le delirium du sevrage d'une substance ou toxique.

- Hypoactivité associée à une vigilance diminuée.

On peut observer aussi une forme mixte.

- Cognition : en plus d'une diminution de l'attention, les patients peuvent présenter une réduction de la capacité à résoudre les problèmes et une altération de la mémoire (atteinte de la mémoire de fixation (enregistrer), atteinte de la mémoire d'évocation, rappel des souvenirs anciens peut être préservé. On trouve parfois une illusion déjà vu déjà vécu.

- Humeur : il y a souvent des anomalies de la régulation de l'humeur. La colère et la peur injustifiées. Parfois, on trouve de l'apathie, de la tristesse ou de l'euphorie

- Langage : Le discours peut être décousu, inadapté ou incohérent, et le patient peut avoir du mal à comprendre ce qu'on lui dit.

- Orientation : l'orientation dans le temps est habituellement perdue. L'orientation dans l'espace et la capacité à reconnaître les autres personnes sont détériorées dans les cas sévères. On peut trouver une identification erronée et les fausses reconnaissances.

● Perception : Le confus peut présenter un Le délire onirique (ONEIROS = Rêve). 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 (tache lumineuse, son...) ou complexe et élaboré (défilés d'images mobiles, enchainement de scènes comme dans un film. Les illusions visuelles et auditives sont fréquentes. Le plus souvent, l'existence de 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 est l'acteur ; il les vit et les agit intensément, participe à son cauchemar, pouvant par exemple mimer une activité professionnelle, se battre contre ses hallucinations, agresser ses adversaires (risque médico-légal).

L'onirisme n'est pas obligatoire au diagnostic et il constitue une source d'erreur diagnostique.

● Perturbations du cycle veille- sommeil : somnolence la journée ; sommeil presque toujours court et fragmente. Parfois, cycle inverse. Les symptômes confusionnels s'exacerbent à l'heure du coucher : «aggravation vespérale et nocturne».

## 2-3- Syndrome somatique:

Il est constant, mais variable d'un patient à un autre (en fonction du terrain et de l'étiologie). Il impose un examen général, neurologique et biologique complet.

- Le syndrome somatique général : 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 et des sueurs, un pouls volontiers rapide, une pâleur ou à l'inverse bouffées vasomotrices.

- Le syndrome neurologique : Dysphasie, tremblement, incoordination, incontinence urinaire et des céphalées. Des signes neurologiques focaux.

- Le syndrome biologique : signes de déshydratation (hyperazotémie, hyperprotidémie, hématicrite augmentée, troubles hydro-électrolytiques : anomalies glycémiques, acidocétose.

## **VI- Examen somatique :**

Evaluer l'état général : à la recherche d'une fièvre, ou une déshydratation  
Signes neurologiques : céphalées, ROT vifs, hypertonie, voire convulsion, signes neurologiques focaux.

## **VII-Examens complémentaires :**

Examens de routine et des examens complémentaires indiqués par la situation clinique.

Il faut systématiquement effectuer une glycémie capillaire et un ECG.

En cas de signes de focalisation, effectuer une TDM cérébrale.

En fonction de l'orientation diagnostique, des examens biologiques seront demandés : chimie sanguine (ionogramme sanguin, glycémie, examens hépatiques et rénaux), NFS, VS, gazométrie, bilan thyroïdien, calcémie, sérologie syphilitique, ECBU, ECG, EEG, radiographie pulmonaire, recherche de substances.

## **VIII- Diagnostic positif :**

Il est basé sur l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires  
Trois éléments sont importants :  
- la fluctuation des troubles,  
- L'aggravation vespérale,  
- La perplexité anxieuse.

## **IX-Diagnostic différentiel :**

La confusion mentale est en opposition aux dysfonctions supérieures globales chroniques (démence) et aux dysfonctions aiguës focalisées (aphasie, amnésie, apraxie).

### 1-Démence :

- Installation lente
- Perturbation chronique des fonctions supérieures
- Pas de troubles du comportement au début
- Vigilance peu altérée
- Troubles fixes, peu altéré

### 2-Accès psychotique bref :

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

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

Souvent confondue au premier abord avec un delirium. L'écoute attentive du patient permet de reconnaître l'abondance des paraphrasies, la vigilance est normale.

### 5-Devant une forme hypoactive :

- Mélancolie stuporeuse : pas de désorientation tempo-spatiale.
- Catatonie.

### 6- Devant une forme hyperactive et agitée :

- Schizophrénie productive : les hallucinations et les idées délirantes sont constantes, moins fluctuantes et mieux organisées, pas de modifications au niveau de la conscience ou de l'orientation.
- Manie.

## **X- Diagnostic étiologique :**

Il repose sur :

- L'interrogatoire de l'entourage.

- L'examen clinique complet.
- Les examens complémentaires seront orientés par l'examen clinique et l'anamnèse.

## **1- Causes organiques :**

### **1-1- Causes infectieuses :**

Toutes les maladies infectieuses peuvent entraîner une confusion, en raison de la fièvre ou par l'action directe du germe responsable. Elles peuvent :

- Bactériennes : la fièvre typhoïde, R.A.A., Brucellose, Tuberculose
- Virale : la localisation méningo-encéphalitique du virus: la rougeole, la grippe, les oreillons...
- Parasitaires : Paludisme, Toxoplasmose, Rickettsiose, ...

### **1-2- Causes iatrogènes :**

Les médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques sont particulièrement pourvoyeurs d'état confusionnel sur un terrain fragilisé comme le sujet âgé.

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, la théophylline....

### **1-3- Causes cardiovasculaires :**

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

### **1-4- Causes neurologiques (non infectieuses) :**

Accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural, hémorragie méningée, épilepsie, traumatisme crânien, encéphalopathie carencielle, tumeur cérébrale.

### **1-5- Causes métaboliques et endocriniennes :**

Diabète par hypoglycémie, acidocétose ou hyperosmolarité, dysthyroïdies, hypoglycémie, hyponatrémie, hypernatrémie, déshydratation, hypercalcémie, hypoxie, insuffisance rénale aiguë, encéphalopathie hépatique, tous les troubles hydroélectrolytiques.

### **1-6- Causes toxiques :**

- Alcool :

Par intoxication aiguë (ivresse aiguë) ou par intoxication chronique (dans le cadre des encéphalopathies éthyliques par carence vitaminique ou en réaction à un sevrage brutal entraînant un delirium tremens).

- Autres toxiques :

Les drogues psychostimulantes et psychodysléptiques et les intoxications accidentelles (mercure, zinc, oxyde de carbone, insecticides, ...).

### **1-7- 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



aigue (visuelle ou auditive), privation de sommeil, affections hématologiques (leucémies ...) ou cancers, collagénoses, électrocution, coup de chaleur; irradiation thérapeutique.

## **2- Causes psychiatriques :**

- Manie confuse.
- Exacerbation d'une psychose chronique.
- Confusion psychogène.
- Accès psychotique bref.

## **XI-Evolution-complication :**

Elle dépend de l'étiologie, fragilité du terrain, durée de l'accès et précocité du traitement.

La survenue d'un delirium est en soi de mauvais pronostic, à moyen et long termes. Le taux de mortalité à 3 mois varie entre 23 et 33%, et peut atteindre 50% à 1 an.

Les symptômes durent habituellement aussi longtemps que les facteurs causaux sont présents.

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

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

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

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.

Outre les complications liées à l'étiologie, d'autres complications peuvent se voir : complications traumatiques, fugue, errance, passage à l'acte suicidaire ou des actes médico-légaux.

## **XII-Prise en charge :**

### **1-Thérapeutique symptomatique :**

#### **1-1-Maternage (Nursing)**

- Attitude calme rassurante
- Ne pas laisser le patient seul
- Chambre semi éclairée en permanence et verrouillée
- Eviter les contusions physiques
- Retirer les objets dangereux
- Prévention des escarres

#### **1-2-Correction des désordres hydroélectrolytiques et métaboliques**

##### **-Réhydratation :**

\*Per os de préférence : 4 à 6l 24h, riche en sucre et en sels minéraux

\*En IV si agitation, avec alternance de SSI et SG avec apport en électrolytes

NaCl et KCl

-Chez l'alcoolique : apport en vit B1 1g j, et en vit B6 500mg j

-Arrêt de tout traitement antérieur

#### **1-3-Traitement sédatif de l'agitation et de l'onirisme**

-Neuroleptiques :

\*Forme agitée anxieuse : Loxapine, chlorpromazine

\*Forme hallucinatoire : Haloperidol

-Attention aux effets secondaires des neuroleptiques

-Eviter les benzodiazépines sauf si étiologie alcoolique

-Eviter tout correcteur des effets extra-pyramidaux

-Sismothérapie dans les formes gravissimes

## 2-Traitement étiologique :

Doit être précoce dès que la cause est identifiée

## 3-surveillance :

-Constantes cliniques et biologique régulièrement

-Traitement adapté selon les résultats

-L'évolution est favorable en 3-8 jours en fonction de la rapidité de la mise en route du traitement étiologique.

## **XIII-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.

La formation du personnel médical de première ligne semble nécessaire.