

LA CONFUSION MENTALE

I. Définition

Psychose aiguë réversible, passagère, témoignant d'une atteinte cérébrale non spécifique.

Il s'agit d'une urgence médicale et psychiatrique +++

Le pronostic est fonction de l'étiologie.

II. Clinique

A. Début

- Parfois brutal.
- Souvent progressif (quelques jours) avec prodromes, majorés le soir et à l'obscurité +++
 - Troubles du sommeil.
 - Anorexie.
 - Perturbations sexuelles.
 - Troubles du comportement.
 - Troubles de l'humeur, du caractère = irritabilité, surexcitation, bradypsychie.
 - Céphalées.
 - Lipothymies.
 - Parfois idées délirantes, actes saugrenus

B. Phase d'état

1) **Présentation** : aspect caractéristique +++

- ❖ Tenue : incurie.
- ❖ Regard flou, lointain, hébétude et égarement.
- ❖ Mimique inadaptée, peu expressive.
- ❖ Contact : absent de la situation présente ou opposition.

2) **Comportement** : fluctuations +++

- Apathie, mutisme, stupeur.
- Perte de l'initiative ; nécessité d'une assistance pour actes élémentaires.

- Agitation intense, désordonnée inadaptée.
- Impulsions, déambulations, violences, fuites.
- Perplexité anxieuse.
- Augmentation la nuit et à l'obscurité.
- Adhésions +++ avec risque de passages à l'acte auto ou hétéro agressifs, risque de fugues.
- Langage pauvre, haché, hésitant, chuchoté, mi- articulé ou mutisme.

3) Signes physiques

Outre les signes étiologiques, altération de l'état général +++

- Déshydratation (fièvre, oligurie, langue saburrale, anorexie, pouls, TA, sueurs).
- Dénutrition.
- Signes neurologiques non localisateurs : céphalées, tremblements.
- Troubles du sommeil constants.

4) Confusion intellectuelle Variable au cours des 24 h +++

a. Obnubilation de la conscience

Troubles des synthèses mentales, de la concentration, de l'attention, jugement de la coordination des idées et des perceptions. Absence de fixation et oubli à mesure avec amnésie lacunaire post-confusion

b. Désorientation temporo-spatiale : évidente et grossière

c. Troubles mnésiques

- Absence de fixation et oubli à mesure avec amnésie lacunaire post-confusion.
- Trouble de l'évocation.
- Fausses reconnaissance.

5) Délire onirique

Inconstant, favorisé par la dégradation de la conscience.

a. Mécanismes

- Illusions, dramatisation de l'ambiance.
- Interprétations.
- Hallucinations : surtout visuelles ++, auditive (voix, clameurs menaces), kinesthésique, cénesthésique, olfacto-gustatives.

b. Thèmes

Variables : professionnels, mystiques, érotiques, zoopsiques.

c. Adhésion totale

Délire vécu et agi = “délire des actes”.

d. Participation affective

Forte charge affective. Tonalité pénible et angoissante.

e. Evolution

- ❑ Par vagues.
- ❑ Majoration des symptômes par l’obscurité et le soir.

III. Formes cliniques

FORMES STUPOREUSES

Diagnostic différentiel = mélancolie stuporeuse.

ONIRISME PUR OU DELIR AIGU SANS NOTE CONFUSIONNELLE

Diagnostic différentiel = bouffée délirante.

FORMES PÉRIODIQUES OU RÉCIDIVANTES

IV. Diagnostic différentiel

- ➔ **Démences** : épisodes confusionnels inauguraux ou au cours de l’évolution.
- ➔ **Mélancolie stuporeuse** : stupeur au premier plan.
- ➔ **Épisodes catatoniques aigu ou dissociatif aigu.**
- ➔ **Bouffée délirante polymorphe.**
- ➔ **Etat dysthymique aigu** : état maniaque, mélancolique ou mixte.
- ➔ **Epilepsie temporale.**
- ➔ **Tumeur frontale.**

V. Diagnostic étiologique

A. Infectieux

1. **Virale** : sida +++
2. **Bactérien** : tuberculose, syphilis, septicémie, méningite, encéphalite.
3. **Parasitaire** : paludisme, toxoplasmoses, rickettsies, bilharzioses, filarioses.

B. Toxiques

1. Alcoolisme

- ✓ **Aiguë** : ivresse confuse.
- ✓ **Chronique** :
 - Délirium Tremens.
 - Encéphalopathie hépatique.
 - Encéphalopathie de Gayet-Wernicke.
 - Encéphalopathie de Korsakoff.

Éliminer +++ : hypoglycémie, hématome sous dural, hémorragie méningée, épilepsie.

2. Drogues et champignons

3. Médicaments

→ Modes :

- ◆ intoxication volontaire (T ; S).
- ◆ surdosage sur terrain de débilité.
- ◆ Accidentel et professionnel (Oxyde de carbone).

→ Types :

- ◆ Psychotropes (sujet âgé +++, terrain de débilité) :
 - Antidépresseurs.
 - Antiparkinsoniens de synthèse (correcteurs).
 - Lithium.
 - Benzodiazépines.
 - Neuroleptiques.
- ◆ Corticoïdes :
 - Antituberculeux (Isoniazide).
 - Bismuth.
 - Anthelminthiques - anti bilharziens.
 - L-Dopa.
 - Digitaline

C. Affections endocriniennes

- ★ Hypo- Hyperthyroïdie.
- ★ Insuffisance surrénalienne aiguë - Maladie de Cushing.
- ★ Hyperparathyroïdie (hypercalcémie)
- ★ Panhypopituitarisme.
- ★ Acidocétose diabétique, sélection inappropriée d'ADH.

D. Affections métaboliques

- ❖ Hypercalcémie.
- ❖ Hypoglycémie.
- ❖ Troubles hydro-électrolytiques : états de déshydratation.
- ❖ Porphyrisme aiguë intermittente.
- ❖ Avitaminose PP.
- ❖ Insuffisance rénale.
- ❖ Insuffisance respiratoire.

E. Affections cérébro-méningées

- **Traumatismes crâniens** : H.E.D. , H.S.D. , hémorragie méningée.
- **Tumeurs cérébrales** (HIC).
- **Accident vasculaire cérébral**.
- **Epilepsie - Sismothérapie**.
- **Démence**.

F. Affection cardio-respiratoires

- ⇒ Insuffisance respiratoire aiguë.
- ⇒ Infarctus, embolie, endocardite, HTA.

G. Stupeur émotionnelle

Diagnostic d'élimination +++ : craindre un raptus suicidaire.

H. Évolution d'une maladie psychiatrique connue

- ✓ Manie.
- ✓ Mélancolie.
- ✓ Schizophrénie.
- ✓ Délires aigus ou chroniques

VI. Traitement et CAT

Urgence médicale +++ et psychiatrique nécessitant une hospitalisation.

A. Bilan clinique

1/ Antécédents personnels et familiaux.

2/ Examen somatique complet (à répéter) :

- Cardio-vasculaire.

- Respiratoire.
- Digestif et hépatique.
- Neurologique.

3/ Bilan paraclinique :

- ★ NFS, urée, glycémie, calcémie, ionogramme, créatininémie.
- ★ Hémoculture, ECBU, amylasémie, amylasurie.
- ★ Recherche de toxiques sanguins et urinaires, alcoolémie.
- ★ Gaz du sang.
- ★ Radiographie pulmonaire standard, ECG.
- ★ Radiographie du crâne, fond d'oeil, ponction lombaire, EEG.

B. Réhydratation + correction des troubles métaboliques, hydriques et électrolytiques

C. Traitement étiologique +++

En particulier arrêt des traitements antérieurs à l'origine ou aggravant l'état confusionnel.

D. Surveillance

- Constante par un personnel rassurant et attentif.
- Si possible la même personne (faciliter la reprise des repères temporo-spatiaux).
- Semi-clarté +++
- Mesures de sécurité mettant le malade à l'abri de se nuire.
- Prévention des complications par nursing : escarres.

E. Traitement

1) Adaptation du traitement étiologique

2) Traitement symptomatique

- ❑ En fonction de l'état somatique et des contre-indications éventuelles.
- ❑ **Neuroleptique sédatif parentéral (L.M.) : LARGACTIL**
Éviter :
 - les correcteurs (risque de majoration de la confusion)
 - les anxiolytiques (risque de majoration de la confusion).
- ❑ **EQUANIL (M.L.)** pour les états confusionnels alcooliques.

VII. Pronostic

Fonction de l'étiologie +++ avec parfois mise en jeu du pronostic vital.

1) Guérison : le plus souvent.

- Brutale ou progressive.
- Séquelles transitoires +++ :
 - Amnésie lacunaire et l'épisode confusionnel.
 - Asthénie psychique et dysmnésie pendant quelques semaines.

2) Séquelles durables

a/ Déficit intellectuel : avec récupération lente ou démence.

b/ Idées fixes post-oniriques.

c/ Délire d'évocation post-onirique.

3) Rechutes

4) Mort