

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 **méconnue et sous diagnostiquée**. 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**.

poly medication
présences des trouble cognitif préexistante

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, pas paraphrasie**

- **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 atténuees 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 **écmnésie** (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, céphalées, 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'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 **zoopsis** (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 la **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 hyperprotidémie, un hématocrite 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 nycthémérale	(+)	(-)
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>
Délire	Hallucinations visuelles Délire onirique	Délire polymorphe Vécu de dépersonnalisation
Conscience	Désorientation TS vraie Perturbation profonde de la vigilance	Pas désorientation vraie Pas de perturbation profonde de la vigilance
Attitude	Perplexité anxiouse	Pas de perplexité
Résolution de l'accès	Amnésie + ou - totale	Absence d'amnésie
Etiologie organique	Toujours la rechercher	Absente le plus souvent

4-3- Amnésies :

En particulier le **syndrome de Korsakoff**.{ maladie neurodégénérative causée par une grave carence en thiamine (vitamine B1)}. 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 paraphasies** (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 thyréotoxique ; 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 récidive**.

- 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 intense, agitation**), et **l'onirisme** (thèmes **professionnels ou zoopsies**) sont évocateurs d'un **délirium tremens**. **on peut voir convulsion**

* 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 aigues ou chroniques de drogues **psychostimulantes et psychodysleptiques**, et les intoxications **accidentelles** (mercure, zinc, oxyde de carbone, insecticides, ...) sont responsables de tableaux confusionnels.

6- Causes iatrogènes :

+freq sujet agé

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 **hypoglycémiants** oraux, les **antibiotiques, les antalgiques, les médicaments cardiovasculaires** (digitaliques, β-...), la **théophylline**....

7- 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**).

8- 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.

◆ Evolution

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 rétrocèdent 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 **croire à 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.

◆ 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 aisément 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.