

LA CONFUSION POST-OPÉRATOIRE

- ▣ Facteur de mauvais pronostic dans le cadre de la Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF) avec une morbi-mortalité à 1 an multipliée par 2.
- ▣ Pronostic inversement corrélé à la durée du syndrome confusionnel.
- ➔ Indispensable de prévenir sa survenue et de rechercher au plus vite les facteurs déclenchants.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Critères DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association).

DÉPISTAGE : CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Outil de dépistage principalement fondé sur les critères du DSM et largement utilisé dans les pays anglo-saxons.

L'algorithme diagnostique du CAM*

- Critère 1** *Début soudain et fluctuation des symptômes*
Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes: Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Critère 2** *Inattention*
Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?
- Critère 3** *Désorganisation de la pensée*
Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?
- Critère 4** *Altération de l'état de conscience*
Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que "alerte" à la question suivante: En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? (alerte [normal], vigilant [hyper alerte], léthargique [sommolent, se réveille facilement], stupeur [difficile à réveiller], ou coma [impossible à réveiller]).

* Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et 3 ou 4.

Traduit de INOUIE, S.K. et al. « Clarifying confusion: the confusion assessment method », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

PRÉVENTION

- ▣ **Aucun traitement sédatif recommandé en prémédication d'une chirurgie.**
- ▣ **Aucun traitement médicamenteux préventif de la confusion post-opératoire n'est validé (dexmedetomidine, propofol versus halogénés, études en cours pour la mélatonine).**
- ▣ **En per-opératoire, absence de bénéfice démontré pour : Anesthésie Loco-Régionale vs Anesthésie Générale ; profondeur titrée de l'anesthésie BIS (index bispectral). Par contre, il faut limiter les variations tensionnelles.**

Rechercher les facteurs de risque de confusion dès les urgences

- Troubles cognitifs sous-jacents
- Syndrome dépressif
- Dénutrition
- Troubles sensoriels
- Antécédent de syndrome confusionnel notamment en post-opératoire (interrogatoire++)
- Polypathologie
- Polymédication
- Immobilisation

Limiter les principaux facteurs déclenchants de confusion (dès le pré-opératoire)

- Viser un délai chirurgical < 48 heures
- Limiter les périodes de jeun, surveiller l'hydratation, rechercher un globe vésical, un fécalome
- Traiter la douleur (Paliers I+III : FESF = douleurs sévères), éviter les paliers II et le Nefopam, pas d'AINS
- Éviter le sevrage en benzodiazépines et hypnotiques en traquant la consommation antérieure
- Monitorer l'hémoglobine et transfuser selon la stratégie restrictive en tenant compte du nadir à J3-J4 post-opératoire
- En cas de structure possédant une UPOG, prévoir un transfert en UPOG en préopératoire ou en post-opératoire immédiat (avis expert) en priorisant les patients ayant des facteurs de risque de confusion ou confus

PRISE EN CHARGE

Rechercher le (les) facteur(s) déclenchant(s) : souvent multiples en péri-opératoire

Facteurs les plus souvent en cause en péri-opératoire

- Douleur mal contrôlée
- Iatrogénie médicamenteuse (paliers II, Nefopam ; sevrage en benzodiazépines ou hypnotiques)
- Infections (pneumopathie d'inhalation...)
- Troubles ioniques : hypoglycémie, hyponatrémie, hypernatrémie, hypercalcémie.
- Stress
- Globe vésical, fécalome.
- Isolement sensoriel.
- Alitement, perfusion et sonde urinaire non justifiés : iatrogénie hospitalière et dépendance iatrogène.
- Syndrome coronarien, passage en trouble du rythme supra-ventriculaire : ECG systématique
- Hypoxémie (Embolie Pulmonaire, OAP, Pneumopathie)
- Anémie

Examens complémentaires

Première intention

- Examen clinique complet avec toucher rectal et bladder Scan.
- ECG **systématique**.
- Glycémie
- Biologie : ionogramme, créatinine, calcémie, hémoglobine

Première intention

- TDM cérébral en cas de traumatisme crânien sous antiagrégant ou anticoagulant, ou de signe neurologique focal (confusion à considérer comme signe neurologique focal)
- EEG
- Angioscanner thoracique si arguments pour embolie pulmonaire



Traitement

- 1 **Traitement étiologique** : traitement des facteurs déclenchants.
- 2 **Surveillance**
- 3 **Mesures non médicamenteuses**
 - Lit contre le mur, pas de barrières, lit Alzheimer.
 - Famille présente avec horaires élargis.
 - Horloges/éphémérides dans chaque chambre.
 - Lunettes, appareils auditifs et dentiers.
 - Réassurance par tous les intervenants.
 - Reprise de la marche dès J1, laisser déambuler les patients.
 - Retrait des sondes, perfusions, redons.
 - Pas de contention.
- 4 **Mesures médicamenteuses = contention chimique : en cas d'échec des mesures non médicamenteuses**
 - Toujours débuter par la plus petite dose, réévaluation pluriquotidienne.
 - Pas de traitement en cas de confusion hypoactive.
 - Benzodiazépines à demi-vie courte si anxiété au 1^{er} plan ou agitation : Alprazolam 0.25mg ou Oxazépam 5 mg.
 - Si prise habituelle de benzodiazépines de demi-vie longue, ne pas changer la molécule à la phase aiguë.
 - Antipsychotiques si délire productif ou mise en danger du patient ou d'autrui : Risperdal 0.5 mg ou Tiapridal 25 mg.
- 5 **Contention physique** : Pas de contention au lit. Une contention pelvienne au fauteuil avec une ceinture pelvienne (pas de drap) peut se discuter en cas de risque de chute important et si le patient le tolère bien.

POD, LE SIGNAL D'ALARME D'UNE POSSIBLE FRAGILITÉ COGNITIVE

➔ BILAN COGNITIF À DISTANCE

Bilan cognitif à proposer si absence de trouble neurocognitif connu (à pondérer selon les suites opératoires et les comorbidités).

Ne doit pas être réalisé trop précocement : réévaluation à 6 mois en consultation avec MMSE/BREF (ou MoCA), 5 mots de Dubois et test de l'horloge +/- organisation d'un HDJ cognitif avec bilan cognitif complet.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres,

Dr Judith COHEN-BITTAN

Praticienne Hospitalière

Service de Gériatrie Aigue - UPOG, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière