

Le delirium

comment éviter soi-même la confusion !

par Michèle Morin et François Piuze

M^{me} Lambert, 78 ans, est atteinte d'une démence légère de type Alzheimer. Elle a été hospitalisée, il y a deux jours, à la suite d'une fracture vertébrale ostéoporotique. Elle est sous codéine et calcitonine intranasale. Ce matin, elle vous semble légèrement confuse, mais pas plus qu'hier. Elle est calme et non agressive, mais le personnel de nuit indique qu'elle a très peu dormi. Sa fille la trouve « différente ».

LE DELIRIUM, particulièrement sous sa forme hypoactive, est trop souvent non reconnu et sous-traité¹, ce qui a des répercussions importantes sur la morbidité, la mortalité, la durée de séjour et les coûts. En outre, cela occasionne du stress au patient, à la famille et aux soignants.

On estime que de 10 % à 20 % de tous les patients hospitalisés et de 30 % à 50 % parmi ceux de plus de 70 ans présenteront un delirium au cours de leur séjour^{2,3} et qu'il ne se sera pas complètement résolu à leur départ de l'hôpital pour la majorité d'entre eux⁴.

La prise en charge du delirium comporte deux facettes principales : le repérage des patients susceptibles d'être atteints de delirium dès leur admission et l'application des mesures préventives ainsi que la reconnaissance précoce du delirium et la mise en œuvre du traitement approprié afin d'en limiter la durée et les conséquences.

Comment reconnaître le patient qui est en delirium ou qui risque de le devenir ?

Tableau clinique

Plusieurs termes sont utilisés dans la littérature pour désigner le delirium : état confusionnel aigu, psychose des soins intensifs, insuffisance cérébrale aiguë, etc. Ils réfèrent tous à la même entité clinique. Les critères actuellement reconnus pour poser le diagnostic de delirium, qui est entièrement clinique, sont ceux du DSM-IV (encadré 1). Le

La D^{re} Michèle Morin, interniste-gériatre, exerce au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Le D^r François Piuze, omnipraticien, exerce à l'Unité de médecine familiale du CHA-Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, aussi appelé mini-examen de l'état mental, peut être utile pour déceler et quantifier les déficits cognitifs et pour en suivre l'évolution.

Le delirium hyperactif (patient agité, hypervigilant) se remarque facilement parce qu'il dérange (même le voisin de chambre du patient en fera le diagnostic !). Par contre, le delirium hypoactif (patient ralenti, apathique, silencieux), tout aussi morbide, risque plus de passer inaperçu, d'où l'importance d'avoir un haut degré de doute chez les gens présentant des facteurs de risque.

Le diagnostic différentiel du delirium^{2,3} inclut principalement la démence et les troubles de l'humeur (tableau I). Le delirium sera particulièrement difficile à distinguer de la démence lorsqu'il s'y rajoute⁵. La reconnaissance de cette situation s'appuie par dessus tout sur la comparaison des fonctions cognitives actuelles à celles de base. Une étude intéressante a montré que jusqu'à 42 % des patients hospitalisés, adressés en psychiatrie pour évaluation d'un syndrome dépressif, étaient en fait en delirium⁶. La psychose aiguë fait aussi partie du diagnostic différentiel et se distingue principalement du delirium par l'absence d'atteinte cognitive, un état de conscience normal et un patient peu malade physiquement la plupart du temps.

Facteurs de risque (facteurs prédisposants)

La connaissance des facteurs de risque de delirium^{3,7-10} est essentielle pour le prévenir efficacement. Plus le patient présente de facteurs de risque, plus « l'agression » nécessaire pour déclencher le delirium peut être minime. Les facteurs qui augmentent le plus le risque de delirium sont indiqués dans le tableau II.

Critères diagnostiques du *delirium* (DSM-IV) et tableau clinique détaillé

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.

Trouble de l'attention : contribue aux atteintes cognitives comme la baisse de la mémoire à court terme (défaut d'enregistrement) ou la pensée désorganisée et incohérente.

B. Modification du fonctionnement cognitif (*déficit de la mémoire, désorientation, perturbation du langage*) ou perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante ou en évolution.

- Orientation : lieu et temps atteints ; personne intacte

- Langage : débit et intelligibilité atteints

- Capacité d'écriture et de lecture : souvent atteintes

- Troubles perceptuels : habituellement visuels, surtout des illusions (hallucinations plus rares, sauf chez les jeunes qui sont intoxiqués ou en sevrage) ; souvent menaçants, donc à la source de troubles du comportement (agitation, agressivité)

C. Perturbation qui s'installe rapidement (*habituellement en quelques heures ou en quelques jours*) et qui tend à fluctuer au cours de la journée.

Agitation et confusion : souvent plus intenses le soir ou la nuit (syndrome crépusculaire : possible aussi dans la démence sans *delirium*).

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

Autres manifestations du *delirium* : symptômes dépressifs, anxiété, myoclonies et astérisis.

Note : Les phrases en italique représentent intégralement les critères du DSM-IV.

TABLEAU I

Diagnostic différentiel du *delirium*

Caractéristique	<i>Delirium</i>	Démence	Dépression
Début	Aigu ou subaigu	Insidieux	Variable
Évolution sur 24 heures	Fluctuante (surtout le soir et la nuit)	Stable	Variations diurnes (et non nocturnes)
Évolution à long terme	Résolution pouvant prendre de quelques jours jusqu'à 6 mois	Détérioration progressive (en mois ou en années)	Variable
Niveau de conscience	Altéré ; fluctuant	Normal (sauf aux derniers stades)	Normal
Attention	Atteinte	Normale (sauf aux derniers stades)	Normale ou altérée
Mémoire	Atteinte	Atteinte	Intacte
Délire	Passager ; non structuré	Occasionnel ; moins intense	Occasionnel (dépression psychotique)
Hallucinations	Fréquentes ; surtout visuelles	Occasionnelles ; moins intenses	Occasionnelles (dépression psychotique)
Activité psychomotrice	Hausse ou baisse ; fluctuante	Souvent normale	Variable
Maladie physique active	Présente	Souvent absente	Souvent absente

Causes (facteurs précipitants)

Le *delirium* doit être perçu comme un appel à l'aide désorganisé du patient chez qui quelque chose ne va pas, sans qu'il puisse l'exprimer autrement. Les causes possibles du *delirium* sont nombreuses, et la majorité des épisodes sont d'origine multifactorielle³. Pratiquement n'importe quel médicament, maladie ou facteur environnemental peut être en cause^{2,3,7,9,10} (tableau II).

Diagnostic et démarche clinique

Dans certaines études, le taux de non-diagnostic atteint 70 %¹. Le report du diagnostic peut être préjudiciable au patient, car il retarde l'évaluation des causes médicales traitables, diminuant ainsi le pronostic fonctionnel, voire même vital, du patient. Devant un patient possiblement atteint de *delirium*, il faut agir comme s'il l'était jusqu'à preuve du contraire. La démarche clinique pour reconnaître un patient qui est en *delirium* ou qui le deviendra est résumée dans le tableau III.

Peut-on prévenir le *delirium* ?

Pourquoi prévenir ?

Le *delirium* constitue une « urgence gériatrique ». Dans sa forme hyperactive, l'hyperadrénergisme relatif produit par le *delirium* imposera à l'organisme un stress physique, hémodynamique et métabolique non négligeable, surtout chez le sujet vieillissant qui n'a rien d'un marathonien. De plus, le *delirium* sera souvent accompagné d'autres complications iatrogéniques, telles que le syndrome d'immobilisation, la déshydratation et la dénutrition progressives, précipitant une cascade d'événements morbides susceptibles de laisser des

T A B L E A U II	
Facteurs de risque du <i>delirium</i> (facteurs prédisposants)	Causes du <i>delirium</i> (facteurs précipitants)
1. Facteurs démographiques <ul style="list-style-type: none"> ● Âge avancé[†] ● Sexe masculin ● Vie en établissement 	1. Médicaments* <ul style="list-style-type: none"> ● Médicaments psychoactifs (benzodiazépines, etc.)[‡] ● Analgésiques (narcotiques, etc.)[‡] ● Anticholinergiques[‡] ● Antihypertenseurs (bêtabloquants, etc.) ● Corticostéroïdes ● Digoxine ● Anti-épileptiques ● Et plusieurs autres
2. Maladies concomitantes <ul style="list-style-type: none"> ● Démence[†] ● Dépression[†] ● Antécédents d'AVC ● Maladie de Parkinson 	2. Sevrages[‡] (médicaments et alcool)
3. Polypharmacie	3. Maladies aiguës <ul style="list-style-type: none"> ● Toute maladie grave ● Fièvre ● Toute infection importante[‡]
4. Alcoolisme[†]	4. Troubles métaboliques[‡] <ul style="list-style-type: none"> ● Déshydratation ● Déséquilibre électrolytique ● Anomalies acidobasiques ● Troubles endocriniens (glycémie, TSH, etc.)
5. Désafférentation[†] <ul style="list-style-type: none"> ● visuelle[†] ● auditive[†] 	5. Troubles cardiovasculaires <ul style="list-style-type: none"> ● Hypoxémie ● Anémie en période postopératoire ● Hypotension, choc ● Bronchopneumopathie chronique obstructive décompensée ● Insuffisance cardiaque
6. Dénutrition	6. Troubles neurologiques <ul style="list-style-type: none"> ● AVC, hémorragie ● Néoplasie cérébrale ● Infection du SNC
7. Interventions chirurgicales <ul style="list-style-type: none"> ● cardiaque ● orthopédique ● ophtalmologique 	7. Autres causes <ul style="list-style-type: none"> ● Fécalome ● Rétention urinaire
8. Anesthésie prolongée	

* Cause la plus fréquente (30 %) ; † Meilleures preuves ; ‡ Fréquence accrue
 Adapté de Rolfson DB. Prise en charge pratique du *delirium*. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*. Octobre 2002 : 12-6.

Prévenir le *delirium*

1. Corriger la désafférentation : verres correcteurs, appareils auditifs.
2. Donner des repères : temporels (calendrier, horloge à gros chiffres, montre personnelle), spatiaux (objets familiers, photos, etc.), humains (proches au chevet, personnel stable) ; resituer souvent dans le temps et l'espace.
3. Doser la stimulation : éviter la surstimulation environnementale (séjour prolongé à l'urgence, aux soins intensifs, à l'unité coronarienne, etc.) et la sous-stimulation (isolement) ; limiter le nombre de tubulures (sonde, tubulure nasogastrique, soluté, etc.) ; éviter les contentions physiques.
4. Réviser les médicaments au moment de l'admission : cesser ceux qui sont inutiles ou nuisibles et choisir judicieusement les nouveaux (*tableau II*).
5. Réduire au minimum les causes prévisibles (*tableau II*) : assurer un suivi médical attentionné ; favoriser la marche ; bien maîtriser la douleur.
6. Prévenir les symptômes de sevrage : thiamine prophylactique (100 mg par la bouche, une fois par jour, pendant de 3 à 5 jours) si éthylisme soupçonné et benzodiazépines précoquement en cas de signes de sevrage.

séquelles. Plusieurs études montrent que l'autonomie fonctionnelle^{4,11,12} des patients hospitalisés atteints de *delirium*

sera moins bonne que celle de sujets comparables épargnés lorsqu'ils sortiront de l'hôpital et même plusieurs mois plus tard. Il en est de même pour la mortalité^{4,11,12}. Enfin, le *delirium* semble être le marqueur d'un cerveau fragile susceptible d'évoluer vers la démence^{11,13}. L'examen médical périodique du patient âgé ayant des antécédents de *delirium* devrait d'ailleurs comporter un outil de dépistage des troubles cognitifs, tel que le mini-examen de l'état mental de Folstein.

Chez les proches du patient, le *delirium* décontenance et inquiète, ce qui est légitime. Ils ont de la difficulté à comprendre la situation, et leur anxiété est facilement communiquée au patient, ce qui n'améliore pas les choses.

Le *delirium* interpelle aussi l'équipe soignante du patient. Tant la somnolence que les troubles du comportement augmentent la tâche des intervenants. L'insécurité et l'incompréhension des soignants influenceront leur tolérance face à certaines manifestations du *delirium* et les efforts qu'ils consentiront pour certains soins de base.

Pour le milieu de soins, le *delirium* entraîne des coûts supplémentaires en raison de la prolongation du séjour¹⁴ et des interventions supplémentaires requises. Le *delirium* figure également parmi les principaux facteurs de risque de l'entrée en établissement^{4,12,14}, avec tout ce que cela signifie pour le patient, sa famille et la société.

Comment prévenir ?

Depuis quelques années, nombre d'études ont été publiées sur des programmes d'intervention complexes^{15,16} dont l'efficacité était mitigée et qui sont difficilement transposables, du moins pour l'instant, à la réalité de la plupart

Le report du diagnostic peut être préjudiciable au patient, car il retarde l'évaluation des causes médicales traitables, diminuant ainsi le pronostic fonctionnel, voire même vital, du patient. Devant un patient possiblement atteint de *delirium*, il faut agir comme s'il l'était jusqu'à preuve du contraire.

Plusieurs études montrent que l'autonomie fonctionnelle des patients hospitalisés atteints de *delirium* sera moins bonne que celle de sujets comparables épargnés lorsqu'ils sortiront de l'hôpital et même plusieurs mois plus tard. Il en est de même pour la mortalité.

Il n'existe, à ce jour, aucun médicament « anti-*delirium* » ni « anti-agitation ». Les molécules utilisées agiront donc sur le *delirium* par l'entremise de leurs effets secondaires anxiolytiques, sédatifs ou incisés.

des milieux de pratique au Québec.

Les moyens proposés dans l'encadré 2 sont des gestes simples et peu coûteux, encouragés dans la littérature³, et que tous les soignants comme les membres de la famille peuvent appliquer¹¹.

Comment traiter le *delirium*?

Traitement causal. Il intervient sur tous les facteurs étiologiques modifiables mis en évidence par l'évaluation clinique et l'examen du patient (*tableaux II et III*).

Traitement de soutien. Il vise à assurer les fonctions vitales du patient. Bien l'hydrater, l'aider à s'alimenter, lui permettre d'aller à la toilette, etc. sont des gestes nécessaires à la résolution du *delirium*. Évidemment, les mesures environnementales déjà énumérées dans l'encadré 2 doivent être poursuivies.

Traitement symptomatique. Il cible les manifestations comportementales, les symptômes psychotiques, l'anxiété, l'insomnie, etc.¹⁶. Les objectifs sont d'améliorer le confort du patient, de maîtriser les comportements perturbateurs pour les rendre tolérables pour l'entourage et de faciliter certains soins essentiels. C'est un traitement pharmacologique ou de contentions chimiques. Il n'existe, à ce jour, aucun médicament « anti-*delirium* » ni « anti-agitation ». Les molécules utilisées agiront donc sur le *delirium* par l'entremise de leurs effets secondaires anxiolytiques, sédatifs ou incisés.

Le *tableau IV* résume l'arsenal thérapeutique contre le *delirium*. L'halopéridol (Haldol^{MD}) demeure le médicament le plus utilisé^{3,11,16}. Lorsque la posologie est adaptée aux patients âgés, il est efficace et sécuritaire. Toutefois, à doses élevées, il peut entraîner des réactions extrapyramidales (parkinsonisme médicamenteux). En outre, ses propriétés anticholinergiques risquent d'aggraver paradoxalement le *delirium*. Pour cette même raison, il n'est pas d'usage, en gériatrie, de lui ad-

T A B L E A U III

Démarche clinique sommaire en présence d'un patient atteint de *delirium*

I. Prévenir le *delirium*

- A. Reconnaître le patient présentant des facteurs de risque (*tableau II*)
- B. Appliquer les mesures préventives (*encadré 2*)

II. Reconnaître et évaluer le *delirium*

A. Poser le diagnostic

- Évocation de la possibilité d'un *delirium* (*encadré 1*)
- Interrogatoire et examen mental du patient
- Interrogatoire des membres de la famille
 - niveau cognitif de base
 - état actuel du patient (comportement, personnalité, cognition, confusion)
- Interrogatoire du personnel de jour, de soir et de nuit
- Révision minutieuse des notes du dossier (soins infirmiers, médicaux et autres)
- Contact avec le médecin de famille, au besoin

B. Trouver la ou les causes

- Antécédents personnels et familiaux à la recherche de la cause (*tableau II*)
- Examen physique complet, particulièrement à la recherche de :
 - fécalome ou rétention urinaire
 - signes de déshydratation
 - hyperthermie ou foyer infectieux
 - anomalies à l'examen neurologique sommaire
 - signes d'inconfort (douleur, prurit, froid, chaud)
- Revue attentive du dossier (examens et interventions chirurgicales, médicaments actuels et modification récente du traitement médicamenteux)
- Examens de laboratoire de base (hémogramme, ions, créatinine, glycémie, bilan phosphocalcique, bilan hépatique, analyse d'urine)
- Radiographie pulmonaire (au moindre doute)
- Électrocardiogramme et taux d'enzymes cardiaques (si patient âgé ou présentant des risques de maladie cardiaque)
- Imagerie cérébrale : seulement en cas de symptômes ou de signes de troubles neurologiques nouveaux
- Ponction lombaire : seulement en cas d'hyperthermie et en l'absence d'autre foyer clair
- Électro-encéphalogramme : seulement si l'on soupçonne une encéphalopathie hépatique ou un état de mal épileptique non convulsif

III. Traiter le *delirium*

- A. Traiter les causes réversibles repérées
- B. Éliminer les facteurs perpétuants (*encadré 2*)
- C. Traiter les symptômes (*tableau IV*)

T A B L E A U IV

Arsenal thérapeutique contre le *delirium*

Nom du médicament	Voie d'administration	Posologie usuelle	Situation clinique
Halopéridol (Haldol ^{MD})	Par la bouche (comprimés ou sirop), i.m., s.c. (si patient sous anticoagulant)	0,5-1,0 mg, aux heures ; max 2-5 mg/24 h selon gabarit du patient et intensité des symptômes	Symptômes aigus au besoin (agitation perturbatrice)
Rispéridone (Risperdal [®])	Par la bouche (comprimés ou sirop)	0,25-0,5 mg au coucher ou 2 f.p.j., sur plusieurs jours ; max 1-1,5 mg/24 h	Symptômes persistants
Olanzapine (Zyprexa [®] , Zydys)	Par la bouche	1,25-2,5 mg au coucher ou 2 f.p.j., max 10 mg/24 h	Parkinsonisme
Quétiapine (Seroquel [®])	Par la bouche	6,25-25 mg au coucher ; max 50 mg/24 h	Parkinsonisme
Lorazépam (Ativan [®])	Par la bouche, s.l., IR, s.c.	0,5-1 mg, 2 f.p.j. ou 3 f.p.j.	Sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines
Oxazépam (Serax [®])	Par la bouche	5-7,5 mg, 2 f.p.j. ou 3 f.p.j.	Sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines

76

joindre un antiparkinsonien anticholinergique tel que la procyclidine (Kemadrin[®]) et la bengtropine (Cogentin[®]), d'autant plus que le risque de dystonie aiguë est excessivement faible chez les sujets âgés et que les anticholinergiques ne sont d'aucune utilité pour prévenir les dyskinésies tardives.

La rispéridone (Risperdal[®]) est le nouvel antipsychotique le plus utilisé dans le traitement du *delirium* hyperactif. Elle demeure, toutefois, un second choix, car son délai d'action est plus long que celui de l'halopéridol en phase aiguë. On l'utilise surtout lorsque le *delirium* se prolonge et pour réduire le recours à l'halopéridol. Des avertissements ont récemment été émis quant à un risque accru possible d'accident vasculaire cérébral chez les sujets traités¹⁷ atteints de démence. Toutefois, dans la plupart des cas de *delirium*, la prise de rispéridone sera de si courte durée qu'elle aura peu de répercussions cliniques. L'utilisation de l'olanzapine (Zyprexa[®]) et de la quétiapine (Seroquel[®]) est beaucoup moins répandue pour maîtriser les symptômes du *delirium*, sauf chez les parkinsoniens chez qui le risque de détérioration motrice serait moins grand qu'avec l'halopéridol ou même la rispéridone.

Lorsque le *delirium* est attribuable à un sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines^{3,11}, l'oxazépam (Serax[®]) ou le lorazépam (Ativan[®]) seront employés en première intention.

Dans les cas plus rebelles, la combinaison d'un antipsychotique et d'une benzodiazépine pourra permettre d'utiliser des doses souvent moins élevées des deux classes de médicaments pour réussir à améliorer l'état du patient.

Ces trois volets du traitement doivent être mis en place conjointement, car aucun ne parviendra à résoudre le *delirium* isolément. Parallèlement à ces interventions, il ne faut en aucun moment négliger l'importance de la rassurance et de l'éducation du personnel soignant et des proches du patient, ce qui réduira souvent sensiblement le recours aux contentions chimiques.

LES MÉDICAMENTS ne représentent pas une panacée dans le traitement symptomatique du *delirium* hyperactif. L'échec du traitement médicamenteux ou la latence dans l'obtention de la réaction souhaitée amène parfois le médecin à considérer l'utilisation des contentions physiques. Ces dernières doivent maintenant faire l'objet d'une prescription médicale et nécessitent le consentement du patient, s'il est apte, ou de son représentant légal, dans le cas contraire. En outre, il faut utiliser la forme de contention physique la moins contraignante et la plus sécuritaire, et ce, le moins longtemps possible (par exemple, cesser la

contention en présence des visiteurs du patient). Les contentions physiques sont utiles pour aider à maîtriser certains troubles du comportement « moteur », tels que l'errance, les fugues et l'agressivité envers autrui. Elles sont, toutefois, en général décevantes pour les problèmes du registre « sonore », comme les cris, les coups sur la tablette ou l'agitation des barreaux de lit. Si elles facilitent l'administration de certains soins en préservant les tubulures, elles n'allègent en rien le fardeau des soins infirmiers puisqu'un patient en contention doit faire l'objet d'une surveillance étroite pour s'assurer que les contentions physiques ne lui causent aucune blessure ni aucun autre préjudice¹⁶. ❧

Date de réception : 6 novembre 2003

Date d'acceptation : 20 avril 2004

Mots clés : *delirium*, facteurs de risque, prévention, traitement

Bibliographie

- Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med* 1994 ; 97 (3) : 278-88.
- Murphy BA. Delirium. *Emerg Med Clin North Am* 2000 ; 18 (2) : 243-52.
- Meagher DJ. Delirium: optimising management. *BMJ* 2001; 322 (7279) : 144-9.
- Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B et coll. Delirium: the occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med* 1992 ; 152 : 334-40.
- Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2002 ; 50 (10) : 1723-32.
- Farrell KR, Ganzini L. Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med* 1995 ; 155 : 2459-64.
- Rolfson DB. Prise en charge pratique du *delirium*. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*. Octobre 2002 ; 12-16.
- Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med* 1998 ; 113 : 204-12.
- Winawer N. Postoperative delirium. *Med Clin North Am* 2001 ; 85 : 1229-39.
- Francis J. Drug-induced delirium. *CNS Drugs* 1996 ; 5 : 103-14.
- Francis J, Kapoor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. *J Am Geriatr Soc* 1992 ; 40 (6) : 601-6.
- Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? *J Gen Intern Med* 1998 ; 13 : 234-42.
- Rahkonen T, Luukkainen-Markkula R, Paanila S, Sivenius J, Sulkava R. Delirium episode as a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects: a 2-year follow-up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 ; 69 : 519-21.
- Cole MG, Primeau FJ. Prognosis of delirium in elderly hospital patients. *CMAJ* 1993 ; 149 (1) : 41-6.
- Cole MG, Primeau F, McCusker J. Effectiveness of interventions to prevent delirium in hospitalized patients: a systematic review. *CMAJ* 1996 ; 155 (9) : 1263-8.
- Conn DK, Lief S. Diagnosing and managing delirium in the elderly. *Can Fam Phys* 2001 ; 47 : 101-8.
- Choix d'un antipsychotique. *La Lettre Médicale* 2004 ; 27 (20) : 78-80.

S U M M A R Y

Delirium: how physicians can avoid confusion. Delirium occurs frequently in elderly hospitalized patients (ad. 50 %), and is too often unrecognized (ad. 70 %), especially in its hypoactive form. Diagnostic is based on disturbance of consciousness, reduced ability in attention, impairment of cognition and perception, and rapid setting in of the syndrome with fluctuations over 24 hours. Differential diagnosis includes in particular dementia, depression, and acute psychosis. Main risk factors are old age, dementia, sensory impairment, depression, and severe medical illness. Causes are numerous and most delirium episodes are the result of multiple factors. Intoxication and drug withdrawal, acute infections, and metabolic problems are the most frequent etiologies. Assessment of delirium requires a meticulous history obtained from a revision of the file and discussion with nursing staff and family, and a complete physical and mental examination. Basic laboratory tests are useful, and sometimes also radiological exams when necessary. Efforts should be made to prevent delirium as it is related to higher morbidity and mortality as well as loss of functional autonomy, often persistently. Delirium is also a major source of stress for both patient and family. Prevention is achieved by correcting sensory impairment, providing the patient with temporal, spatial and human reference points, avoiding under- and overstimulation, and limiting drugs and interventions which could trigger the syndrome. Treatment includes three facets, i.e. causal, environmental and symptomatic. For the latter, haloperidol is used chiefly, and also sometimes atypical antipsychotics and benzodiazepines under specific circumstances. Physical restraint is a last resort treatment to be used with great care.

Key words: delirium, risk factors, prevention, treatment

R E C T I F I C A T I F

Numéro de mai 2004, page 61 Tableau III

Une erreur s'est glissée dans le tableau III de la page 61. En effet, les doses de Cytomel auraient dû être en microgrammes plutôt qu'en milligrammes.