



# Psychose des soins intensifs ou delirium ? comment y voir clair ?

*Diane Poirier*

**M. Yvon Légaré, un gaillard de 76 ans, est admis aux soins intensifs, car il est en choc septique. Il est agité, peu collaboratif et veut retirer tous les cathéters qu'il voit. Sa fille, Éva, bouleversée et effrayée, vous demande des explications sur les causes de cette confusion, sur le pronostic et sur les traitements disponibles. Quelles seront vos réponses à ses questions ?**

**V**OUS ÊTES TRÈS À L'aise de répondre à M<sup>me</sup> Légaré, car vous venez de faire une révision de la littérature sur le delirium. Vous avez utilisé comme base de données Medline, Embase et CINAHL. De plus, vous avez également consulté The Cochrane Library et The Centre for Reviews and Dissemination de l'Université York pour les revues systématiques. Enfin, vous avez vérifié les mises à jour dans UpToDate.

## **Est-ce que la psychose des soins intensifs existe ?**

Le delirium se rencontre chez de 10 % à 60 % des patients hospitalisés et de 60 % à 80 % des patients aux soins intensifs<sup>1</sup>. Il n'est pas diagnostiqué dans de 32 % à 66 % des cas<sup>1</sup>. Son incidence est très variable dans la littérature probablement en raison de l'hété-

*La D<sup>e</sup> Diane Poirier, omnipraticienne, est chef des soins intensifs au Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska, présidente du Regroupement des omni-intensivistes du Québec, professeure d'enseignement clinique au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et instrutrice du cours FCCS (Fundamental Critical Care Support) au CHUS.*

### **Tableau I**

#### **Les paramètres cliniques aggravés par la présence d'un delirium<sup>1-5</sup>**

##### **Patients hospitalisés**

- ⦿ Augmentation du taux de mortalité
- ⦿ Prolongation du séjour
- ⦿ Allongement de la période de réadaptation
- ⦿ Accroissement du taux de mise en établissement

##### **Patients à l'unités de soins intensifs**

- ⦿ Augmentation du taux de mortalité
- ⦿ Accroissement de la durée de la ventilation mécanique
- ⦿ Prolongation du séjour aux soins intensifs et à l'hôpital
- ⦿ Augmentation du nombre d'extubations non planifiées et de déplacements de cathéters
- ⦿ Persistance de déficits cognitifs à long terme chez certains patients

rogénéité des populations étudiées et parce que sa définition même n'est pas claire pour certains cliniciens, rendant ainsi le diagnostic difficile.

Les patients hospitalisés atteints de delirium ont un pronostic moins favorable (tableau I).

**Le delirium se rencontre chez de 10 % à 60 % des patients hospitalisés et de 60 % à 80 % des patients aux soins intensifs.**

Repère

### Encadré 1

#### La définition du delirium

Le delirium est défini par l'association de troubles de la conscience et de troubles cognitifs fluctuant pendant la journée. Il témoigne d'une souffrance cérébrale qui se manifeste par un état confusionnel temporaire.

L'intérêt pour le clinicien est donc de reconnaître rapidement cette entité et d'intervenir adéquatement pour prévenir certaines complications. Il faut éviter de considérer le delirium comme une étape normale d'une hospitalisation aux soins intensifs. Pour diagnostiquer le delirium, il faut en connaître la définition et en comprendre les causes.

#### Comment reconnaître le delirium

Dans la littérature, le terme *delirium* est de plus en plus utilisé (encadré 1). Les termes « psychose des soins intensifs » et « syndrome confusionnel aigu » sont inadéquats et doivent être abandonnés. Les critères diagnostiques sont bien définis dans le *DSM-IV*<sup>6</sup> et sont présentés dans le *tableau II*. Le delirium est très différent du délire qui se caractérise par une fausse croyance, irréductible par la logique.

Les troubles cognitifs atteignent la pensée, la perception, la mémoire et parfois le langage. La pensée est désorganisée. Le patient est incapable d'intégrer de nouvelles informations. Parfois, un délire de persécution est présent. Les troubles de la perception comprennent des illusions et des hallucinations, le plus souvent visuelles, souvent relatives à des agressions et donc angoissantes. Les troubles du langage peuvent se manifester par un discours incohérent, une dysnomie et une dysgraphie.

Le delirium est typiquement caractérisé par une altération du cycle veille-sommeil associée à une exacerbation nocturne des symptômes<sup>5</sup>. Des troubles de l'humeur peuvent être présents tandis que les fonctions psychomotrices sont fréquemment altérées et liées à une hyperactivité, à une hypoactivité ou à une alternance entre ces deux éléments<sup>7</sup>.

Dans le diagnostic différentiel, on retrouve les démences et les psychoses. Les premières sont d'installation lente et ne comportent pas d'altération de la conscience, ni de fluctuations quotidiennes. Comme les démences, les psychoses ne comportent pas d'altération

### Tableau II

#### Les critères diagnostiques du delirium selon le DSM-IV

- A.** Altération de l'état de conscience : diminution de la prise de conscience de l'environnement avec diminution de la capacité de se concentrer, de soutenir ou de modifier son attention.
- B.** Atteinte cognitive : troubles de la mémoire ou du langage, désorientation ou troubles de la perception : hallucination, illusion ou interprétation erronée qui ne sont pas causées par une démence préexistante ou en évolution.
- C.** Troubles neuropsychiatriques fluctuants (dans la journée) et d'instauration rapide (quelques heures ou quelques jours).
- D.** Selon l'anamnèse, l'examen physique ou les tests médicaux, le delirium est dû à :
  - ⊗ une ou plusieurs maladies ;
  - ⊗ une intoxication par un médicament, une drogue ou l'alcool ou un sevrage de ces produits ;
  - ⊗ plusieurs causes.

Source : American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. Traduction française par Guelfi JD et coll., 4e éd, Paris : Masson ; 2003 : 1120 pages. Reproduction autorisée.

de la conscience, ni de fluctuations quotidiennes. Les délires sont systématiques et constants et les hallucinations, plutôt auditives. Le delirium des soins intensifs peut revêtir trois formes<sup>8,9</sup> (encadré 2) : Peterson<sup>11</sup> signale une fréquence de 43,5 % pour la forme hypoactive, de 54,1 % pour la forme mixte et de 1,6 % pour la forme hyperactive.

Pour M. Légaré, notre patient du début, le tableau était dominé par des éléments hyperactifs.

#### Les causes

Le mécanisme exact du delirium n'est pas très bien connu. Il peut s'agir d'un déséquilibre des neurotransmetteurs, d'une hypoperfusion cérébrale, d'une diminution du métabolisme cérébral oxydatif, d'une hypoxémie, du rôle des cytokines et, bien sûr, de l'effet de certains médicaments<sup>5</sup>. Par ailleurs, il est difficile de différencier les causes du delirium des facteurs de risque. On parle souvent de causes multifactorielles plutôt que de la présence de multiples facteurs de risque. Un patient hospitalisé aux soins intensifs présente en moyenne onze facteurs de risque de delirium<sup>12</sup>

**Encadré 2**

**Les trois formes de delirium aux soins intensifs**

- ☉ **Forme hyperactive** : les patients sont habituellement agités, combatifs et agressifs. Cette forme est facilement diagnostiquée.
- ☉ **Forme hypoactive** : les patients sont calmes, somnolents et passifs. Cette forme est beaucoup plus fréquente et passe malheureusement inaperçue dans de 66 % à 84 % des cas<sup>10</sup>. Le patient reçoit parfois un diagnostic de dépression. Le pronostic est plus sombre chez les patients atteints de cette forme<sup>1,9</sup>.
- ☉ **Forme mixte** : l'agitation peut alterner avec un ralentissement psychomoteur.

que l'on peut séparer en deux groupes selon qu'ils sont prédisposants ou précipitants. Le *tableau III* énumère les facteurs de risque d'un patient hospitalisé. Aux soins intensifs, il existe peu de données. Dubois<sup>13</sup> cite notamment l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'augmentation du taux de bilirubine ainsi que le recours à l'épidurale et à la morphine.

Pour M. Yvon Légaré, le diagnostic de delirium est facile à établir. Pour nous aider à dépister cette entité et à la suivre, il existe certains outils.

**Les outils diagnostiques et de dépistage**

Il existe des outils pour permettre au médecin et au personnel infirmier aux soins intensifs de repérer et de suivre le patient atteint de delirium. Ces outils utilisent un ou des critères du *DSM-IV* pour nous aider à dépister ce trouble. Les deux échelles le plus souvent citées sont l'ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)<sup>14</sup> et la CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). L'ICDSC évalue particulièrement les fluctuations du contenu de la pensée (*boîte à outils*) alors que la CAM-ICU met davantage l'accent sur l'état d'éveil<sup>9</sup>. La première peut être employée comme instrument de dépistage puisqu'elle a une sensibilité très élevée (99 %), mais une spécificité modérée (64 %). La deuxième peut servir non seulement pour le dépistage, mais aussi pour le diagnostic, car sa sensibilité et sa spécificité sont

**Tableau III**

**Les facteurs prédisposants et précipitants du delirium pour les patients hospitalisés**

**Facteurs prédisposants (vulnérabilité du patient)**

- ☉ Âge avancé
- ☉ Troubles cognitifs préexistants
- ☉ Perte d'autonomie
- ☉ Déficits visuels ou auditifs
- ☉ Déshydratation
- ☉ Maladies concomitantes
  - ☉ hypertension artérielle
  - ☉ insuffisance cardiaque
  - ☉ insuffisance rénale
  - ☉ insuffisance hépatique
  - ☉ bronchopneumopathie chronique obstructive
- ☉ Toxicomanie (alcool, drogue)
- ☉ Gravité de la maladie ayant entraîné l'admission
- ☉ Médicaments prédisposants
  - ☉ benzodiazépines
  - ☉ opiacés
  - ☉ antidépresseurs
  - ☉ anticholinergiques

**Facteurs précipitants (pendant l'hospitalisation)**

- ☉ Perturbation du sommeil
- ☉ Stress, anxiété
- ☉ Environnement (bruits, lumière)
- ☉ Cathéters
- ☉ Manque d'explications quant aux soins
- ☉ Douleur
- ☉ Anesthésie
- ☉ Anomalies métaboliques
- ☉ Processus infectieux
- ☉ Médicaments précipitants
  - ☉ sédatifs
  - ☉ opiacés
  - ☉ propofol (Diprivan)
  - ☉ corticostéroïdes

très élevées (95 %) ainsi que sa fidélité interobservateur<sup>1,4</sup>. Elle est accessible au [www.ICUdelirium.org](http://www.ICUdelirium.org). Ces échelles sont simples d'utilisation, autant pour

**Un patient hospitalisé aux soins intensifs présente en moyenne onze facteurs de risque de delirium.**

Repère

## Boîte à outils

### L'échelle ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)

Évaluation du patient	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5
Altération de l'état de conscience (A-E)					
Inattention					
Désorientation					
Hallucinations, illusions, éléments psychotiques					
Agitation psychomotrice ou ralentissement					
Humeur ou paroles inappropriées					
Perturbation du cycle d'éveil et de sommeil					
Fluctuation des symptômes					
<b>Cote totale (0-8) :</b>					

**Système de pointage :** remplir l'échelle au moyen de renseignements recueillis au cours de chaque période de huit heures ou des 24 heures précédentes.

- Toute manifestation évidente d'un élément..... 1 point  
 Aucune manifestation d'un élément ou aucune évaluation possible..... 0 point

Noter chaque élément (soit 0 ou 1) dans la case correspondante.

Si A ou B (durant la majeure partie de la période), ne pas faire l'évaluation pour cette période.

- 1. Altération de l'état de conscience :** **Score**
- A. Aucune réaction (coma)..... 0 point  
 B. Réaction à une stimulation intense et répétée (voix forte et douleur) ; stupeur..... 0 point  
 C. Réaction à une stimulation de légère à modérée..... 1 point  
 D. État de veille normal ..... 0 point  
 E. Réaction exagérée à une stimulation normale..... 1 point
- 2. Inattention :** Difficulté à suivre une conversation ou des instructions. Facilement distrait par des stimulus externes.  
 Difficulté à détourner l'attention. N'importe lequel de ces états..... 1 point
- 3. Désorientation :** Toute erreur évidente sur le temps, l'endroit ou la personne ..... 1 point
- 4. Hallucinations, illusions ou éléments psychotiques :** Manifestation clinique sans équivoque d'une hallucination ou d'un comportement probablement dû à une hallucination (ex. : tenter d'attraper un objet qui n'existe pas) ou à une illusion. N'importe lequel de ces états ..... 1 point
- 5. Agitation psychomotrice ou ralentissement :** Hyperactivité nécessitant l'utilisation d'un médicament ou de moyens de contention afin de prévenir tout danger éventuel. Hypoactivité ou ralentissement psychomoteur cliniquement notable. N'importe lequel de ces états..... 1 point
- 6. Humeur ou paroles inappropriées (désorganisées ou incohérentes)..... 1 point**
- 7. Perturbation du cycle d'éveil et de sommeil :** Dormir moins de quatre heures ou se réveiller fréquemment la nuit.  
 Dormir durant la majeure partie de la journée. N'importe lequel de ces états..... 1 point
- 8. Fluctuation des symptômes durant une période de 24 heures..... 1 point**

Note : Si le score est de 4 et plus, on détectera 99 % des cas de delirium, mais on aura aussi 36 % de faux positifs (patients ayant un problème psychiatrique, par exemple).  
 Si le score est inférieur ou égal à 4, un diagnostic de delirium est probable. Cette échelle est utile pour le diagnostic, mais surtout pour suivre l'évolution du delirium aux soins intensifs.

Source : Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M et coll. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med* 2001 ; 27 (8) : 1297-304. Reproduction autorisée.

les médecins que pour le personnel infirmier qui devraient s'en servir tous les jours pour dépister le delirium chez les patients hospitalisés aux soins intensifs et aussi pour suivre l'évolution de l'état de ces derniers. Pour préciser le diagnostic de delirium, l'opinion d'un psychiatre ou d'un gériatre est souvent très utile.

*En examinant M. Légaré, vous lui attribuez un score de 6/8 sur l'ICDSC. Le personnel infirmier avait noté un score de 5/8 hier soir et un de 7/8 hier matin, ce qui confirme la présence d'un delirium. Vous rassurez la fille de M. Légaré en lui disant que l'état de son père semble s'améliorer, que le tableau confusionnel est fluctuant et qu'il devrait s'estomper d'ici quelques jours. Vous ajoutez que son père est sous surveillance 24 heures sur 24. Elle vous demande si des examens paracliniques supplémentaires sont nécessaires. Vous lui mentionnez le bilan fait depuis 48 heures : hémogramme, électrolytes, calcium, phosphore, magnésium, albumine, créatinine, urée, bilan hépatique, glucose, TSH, gaz du sang artériel, analyse d'urine, hémocultures (le patient est subfébrile et est hospitalisé pour un choc septique), radiographie pulmonaire et électrocardiogramme. Vous lui expliquez qu'une tomodensitométrie cérébrale et une ponction lombaire ont déjà été faites pour préciser le diagnostic de l'état confusionnel à l'admission et qu'elles se sont avérées normales. Un électro-encéphalogramme sera fait sous peu. Vous précisez que l'information obtenue sera surtout utile pour éliminer d'autres causes, comme une forme occulte d'épilepsie ou certaines maladies psychiatriques (une psychose dans le cas de M. Légaré). On obtiendra probablement un dysfonctionnement lent avec une prééminence d'activité thêta et delta.*

## Quels sont les traitements ?

### Prise en charge et traitement du delirium

La prise en charge et le traitement du delirium comprennent d'abord la découverte et la modification de certains facteurs de risque. Créer un environnement plus calme, confortable et familier pour le patient est une intervention très importante. On peut améliorer l'orientation temporo-spatiale de ce dernier par des informations répétées, par la présence d'une horloge dans la chambre, d'un calendrier, d'objets personnels et de photos. Il faut encourager le malade à porter ses prothèses dentaires, auditives et visuelles. Il faut prévoir des séances de mobilisation dans la chambre à l'aide d'exercices actifs ou passifs selon

### Encadré 3

#### Les médicaments dans le traitement du delirium des soins intensifs

- ☉ Début d'action rapide
- ☉ Durée d'action prévisible
- ☉ Administration par voie intraveineuse
- ☉ Peu ou pas d'effets cumulatifs
- ☉ Intervalle thérapeutique large
- ☉ Faible fréquence d'effets cardiovasculaires et respiratoires
- ☉ Possibilité d'évaluer l'état de conscience du patient

l'état du patient. La présence d'un proche est souvent apaisante et peut aider à sécuriser le patient. Des discussions avec ce dernier lui permettront de mieux s'orienter. De plus, une personne familière peut l'aider à manger et à boire. Enfin, des explications claires au patient et aux proches sont essentielles pour une bonne compréhension du problème. Ces premières interventions s'apparentent en fait à des règles de bonne pratique clinique.

### Le traitement pharmacologique

Après la mise en place de mesures de soutien, il faut traiter les symptômes du patient, particulièrement chez une personne ayant la forme hyperactive. Plusieurs des recommandations sur le traitement du delirium aux soins intensifs sont empiriques et ont été extrapolées d'études de cas provenant de populations différentes. Le but premier du traitement pharmacologique est d'obtenir une maîtrise rapide de l'agitation pour prodiguer les soins médicaux nécessaires au patient et lui éviter toute blessure.

Le médicament idéal pour traiter le delirium aux soins intensifs doit avoir les caractéristiques indiquées dans l'encadré 3<sup>15</sup>.

Dans l'évaluation du delirium, il faut être capable de repérer et de retirer, si possible, tout médicament risquant de précipiter l'installation du delirium, d'y contribuer ou encore de prédisposer le patient. Le choix de l'agent se fera en fonction de la cause du delirium, des symptômes du patient, de la collaboration de ce dernier, de son état global et de la prise concomitante de médicaments<sup>15</sup>.

## Tableau IV

### Le traitement pharmacologique du delirium

#### Les neuroleptiques

##### ● Halopéridol (Haldol)

- ⚡ En cas d'agitation légère : de 0,5 mg à 2 mg par voie intraveineuse
- ⚡ En cas d'agitation modérée : de 2 mg à 5 mg par voie intraveineuse
- ⚡ En cas d'agitation grave : de 5 mg à 10 mg par voie intraveineuse

La dose devrait être donnée toutes les 30 minutes jusqu'à l'obtention de l'effet désiré.

- ⚡ Considérer une dose plus faible chez les patients âgés.
- ⚡ Lorsque le patient est plus calme, prévoir des doses régulières (ex. : 2 mg par voie orale, toutes les six heures) pendant de 48 à 72 heures. Une dose plus élevée est à considérer au coucher puisqu'une exacerbation du delirium survient souvent la nuit.

#### Les antipsychotiques atypiques

Doses initiales :

- Risperidone (Risperdal) : de 0,25 mg à 1,5 mg par voie orale, 2 f.p.j.
- Olanzapine (Zyprexa) : de 1,25 mg à 5 mg par voie orale, 1 f.p.j.

#### Les benzodiazépines

- Lorazépam (Activan) : de 0,5 mg à 1 mg par voie orale ou intraveineuse, puis toutes les quatre heures, au besoin

### Les neuroleptiques

Le traitement médicamenteux du delirium repose sur les neuroleptiques, reconnus pour leur efficacité contre les hallucinations et la désorganisation de la pensée. Ces derniers sont particulièrement utiles dans les formes hyperactives du delirium. Les neuroleptiques de faible puissance possèdent des actions sédatives, hypotensives et anticholinergiques marquées. Les neuroleptiques puissants, comme l'halopéridol (Haldol), ont peu d'effets anticholinergiques, cardiovasculaires et sédatifs, mais causent des réactions extrapyramidales<sup>15</sup>. Ils agissent en bloquant certains récepteurs dopaminergiques. Ils sont donc devenus les agents de choix dans le traitement du delirium des soins intensifs. De plus, l'halopéridol a un faible po-

tentiel d'exacerbation du delirium, ne crée pas de dépendance et a des effets minimes sur les voies respiratoires. La forme intraveineuse est la plus utilisée pour sa rapidité d'action. Elle permet également d'éviter le premier passage hépatique et diminuerait possiblement la fréquence de réactions extrapyramidales<sup>7,15</sup>. La dose utilisée varie selon l'intensité des symptômes (tableau IV). Puisque les patients des soins intensifs reçoivent souvent plusieurs médicaments, il faudrait faire un électrocardiogramme avant de commencer l'halopéridol et après lui en avoir donné quelques doses pour surveiller un allongement possible de l'intervalle QT avec risque de torsade de pointes. Il serait également prudent de surveiller la kaliémie et la magnésémie du patient. Les autres effets indésirables à surveiller sont les réactions extrapyramidales qui peuvent se manifester par une plus grande agitation lorsque le patient souffre d'akathisie ou d'un syndrome paradoxal d'agitation. Une dystonie laryngée est rare et compliquerait passablement la surveillance des voies respiratoires, le cas échéant.

### Les neuroleptiques autres que l'halopéridol

Les phénothiazides ont des effets indésirables non négligeables (sédation, effets anticholinergiques) qui peuvent aggraver le delirium. Ils sont rarement utilisés de nos jours.

Les antipsychotiques atypiques, comme l'olanzapine (Zyprexa) ou la rispéridone (Risperdal), peuvent être utilisés, particulièrement chez les patients chez qui on veut réduire au minimum les effets extrapyramidaux (ex. : chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson). Il n'existe toutefois pas de préparation intraveineuse au Canada et peu d'articles dans la littérature, donc peu de données probantes relatives à leur utilisation.

### Les benzodiazépines

Les benzodiazépines présentent certaines propriétés intéressantes, comme la sédation, la relaxation

**Les neuroleptiques puissants, comme l'halopéridol (Haldol), ont peu d'effets anticholinergiques, cardiovasculaires et sédatifs, mais causent des réactions extrapyramidales. Ils agissent en bloquant certains récepteurs dopaminergiques. Ils sont donc devenus les agents de choix dans le traitement du delirium des soins intensifs.**

Repère

musculaire et la diminution de l'anxiété. Toutefois, elles peuvent causer l'apparition d'une dépression respiratoire, ou du moins y contribuer, et augmenter l'état confusionnel du patient. Elles peuvent également produire un effet paradoxal d'agitation, surtout chez les personnes âgées présentant une hypoalbuminémie et une altération de la fonction hépatique<sup>15</sup>. Leur utilisation devrait se limiter à de petites doses (tableau IV) et aux patients présentant un delirium associé au sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines. Enfin, il a été prouvé que l'association lorazépam-halopéridol est synergique, ce qui permet de donner de plus petites doses de chacun<sup>15</sup>.

### Les autres agents pharmacologiques

Il faut s'assurer que l'agitation du patient n'est pas causée ou exacerbée par la douleur. Si la douleur est plus intense, on peut utiliser de l'acétaminophène ou un narcotique. Pour ce dernier, il faut garder en tête la possibilité d'une exacerbation du delirium. Il faut également traiter les nausées, la constipation et les autres inconforts signalés par le patient.

### Le traitement non pharmacologique

Les différents intervenants doivent tenter d'atténuer et d'éliminer les facteurs ayant possiblement contribué au delirium ou l'ayant précipité (tableau III). Il faut rassurer le patient et la famille, limiter les agressions sonores et lumineuses, réorienter et mobiliser régulièrement le patient, lui fournir l'aide nécessaire pour corriger ou atténuer ses déficits auditifs et visuels, enlever certains cathéters dès que possible et éviter les contentions lorsqu'une autre option est envisageable.

### Retour au cas de M. Légaré

Vous expliquez à M<sup>me</sup> Éva Légaré que vous avez relevé, au moment de l'admission de son père aux soins intensifs, plusieurs facteurs prédisposants ayant contribué au delirium : l'âge avancé, les troubles cognitifs préexistants, l'autonomie réduite, l'audition diminuée, la gravité de l'affection (choc septique) et la présence de maladies concomitantes (insuffisance rénale chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive et HTA). Vous lui mentionnez également que des facteurs précipitants ont pu contribuer à l'état confusionnel de son père en cours d'hospitalisation : l'environnement des soins intensifs, les différents cathéters nécessaires pour le

suivi, le sédatif et l'analgésique employés lorsqu'il était sous ventilation mécanique et le processus infectieux.

Vous tentez de la rassurer en lui disant que le delirium est fréquent aux soins intensifs et que, dans la très grande majorité des cas, il ne dure que quelques jours sans laisser de séquelles. Vous lui précisez également que le personnel de votre unité emploie une échelle pour évaluer l'état de son père toutes les huit heures et que vous avez déjà noté une certaine amélioration. Vous avez prescrit à M. Légaré de l'halopéridol, à raison de 2 mg par voie orale, 4 f.p.j. Vous prévoyez en réduire la dose d'ici 24 à 48 heures et cesser l'administration par la suite. Vous insistez sur le fait que toutes les mesures environnementales possibles ont été mises en place pour orienter M. Légaré et faire en sorte qu'il se sente mieux. Sa fille vous remercie de toutes ces informations et vous promet qu'elle viendra régulièrement discuter avec son père et l'aider à s'alimenter. Après cette rencontre, vous vous arrêtez quelques minutes pour réfléchir à l'importance de rassurer les familles et à la nécessité de mettre au point des outils de dépistage et de suivi pour les patients en delirium hospitalisés aux soins intensifs.

Le delirium est une entité que l'on voit souvent aux soins intensifs. La forme hypoactive passe souvent inaperçue alors qu'il s'agit de la plus fréquente. Dans le cas de M. Légaré, la forme hyperactive dominait le tableau clinique et demandait une intervention précoce. Le patient a donc reçu un neuroleptique pour diminuer son agitation tandis que des mesures environnementales ont été prises. La découverte de nombreux facteurs de risque nous laissait croire à la possibilité qu'un delirium s'installe pendant le séjour aux soins intensifs. Il est donc important de repérer les facteurs de risque de delirium chez les patients hospitalisés aux soins intensifs, de savoir comment dépister cette entité, d'assurer le suivi des patients atteints et de savoir comment amorcer adéquatement un traitement selon les données probantes actuelles. Des études qui nous permettraient de mieux dépister ce problème aux soins intensifs et d'en optimiser le traitement seraient d'un grand intérêt et seraient fort utiles pour le personnel. 📖

Date de réception : 10 mars 2008

Date d'acceptation : 14 avril 2008

Mots clés : delirium, soins intensifs, trouble cognitif, neuroleptique, agitation

La D<sup>re</sup> Diane Poirier n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

## Summary

**Intensive care psychosis or delirium? How to see clearly?** Delirium is a frequent entity in intensive care units and patients affected have a less favourable prognosis. It is important to identify the risk factors and detect delirium as soon as possible. Its diagnosis criteria are very well defined in DSM-IV. This disorder may be of hyperactive, hypoactive or mixed variety, but hypoactive is the most frequently found and the most difficult to recognize. Follow-up scales and treatments are available to alleviate symptomatology and possibly reduce episode length. Neuroleptics are choice agents for the treatment of intensive care delirium but nonpharmacological treatments aiming to restore calm and reorientation of the patient ought to be considered also. This article will address delirium's many aspects, such as etiologies, screening, diagnosis, care and treatment.

**Keywords:** delirium, intensive care, cognitive dysfunction, neuroleptic, agitation

## Bibliographie

1. Pandharipande P, Jackson J, Ely EW. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Curr Opin Crit Care* 2005; 11 (4) : 360-8.
2. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD et coll. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med* 1998; 13 (4) : 234-42.
3. Stevens RD, Pronovost PJ. The spectrum of encephalopathy in critical illness. *Semin Neurol* 2006; 26 (4) : 440-51.
4. Miller RR, Ely EW. Delirium and cognitive dysfunction in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med* 2006; 27 (3) : 210-20.
5. Francis J, Young GB. Diagnosis of delirium and confusional states. *UpToDate* 2007.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. Traduction française par Gueffi JD et coll., 4e éd, Paris : Masson ; 2003 : 1120 pages.
7. Geary SM. Intensive care unit psychosis revisited: understanding and managing delirium in the critical setting. *Crit Care Nurs Q* 1994; 17 (1) : 51-63.
8. Marshall MC, Soucy MD. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q* 2003; 26 (3) : 172-8.
9. Skrobik Y. Le délirium aux soins intensifs. *Urgence pratique* 2004; 66 : 5-9. Site Internet : [www.urgence-pratique.com/2articles/medic/Delirium.pdf](http://www.urgence-pratique.com/2articles/medic/Delirium.pdf) (Date de consultation : le 6 octobre 2007).
10. Pun BT, Ely EW. The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest* 2007; 132 (2) : 624-36.
11. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS et coll. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54 (3) : 479-84.
12. Ely EW, Gautam S, Margolin R et coll. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001; 27 (12) : 1892-900.
13. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M et coll. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med* 2001; 27 (8) : 1297-304.
14. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M et coll. Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med* 2001; 27 (5) : 859-64.
15. Émond C. Le délirium des soins intensifs. *Pharmactuel* 2001; 34 (6) : 151-7. Site Internet : [www.pharmactuel.com/sommaires/200111/200111pt.pdf](http://www.pharmactuel.com/sommaires/200111/200111pt.pdf) (Date de consultation : le 11 novembre 2007).