

Palliative FLASH [©]

Soins palliatifs au quotidien

ETAT CONFUSIONNEL AIGU OU DELIRIUM (2) TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ET NON MÉDICAMENTEUX

Quiz

1. L'halopéridol est le traitement symptomatique de première intention du délirium

oui – non

2. Si une sédation est nécessaire, l'emploi d'une benzodiazépine à longue durée d'action peut être un bon choix

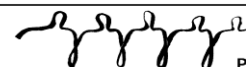
oui – non

3. On peut prévenir le delirium avant qu'il ne s'installe

oui - non

Centre de Diffusion – Service de Soins Palliatifs – CHUV ; Tél.: 021 314 51 67
E-mail : spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch

Accessible par exemple sur : www.arcos.vd.ch /Filières soins/Soins Palliatifs/Palliative Flash



Programme cantonal
de soins palliatifs

En conclusion:

Il est important de prévenir le delirium avant qu'il s'installe en assurant une stimulation sensorielle adaptée, un environnement familial, un sommeil adéquat (sans bruit, ni interruption). Un traitement étiologique et symptomatique est à mettre en place le plus rapidement possible dès la détection de l' ECA . Les stratégies d'orientation, la restauration d'un rythme veille/sommeil, le maintien d'une hydratation suffisance favoriseront la résolution de l'état confusionnel.

L'halopéridol reste le médicament symptomatique de premier choix. Si une sédation est nécessaire, l'ajout d'une benzodiazépine de courte durée d'action est possible.

Références:

Caraceni A. Grassi L. Delirium: Acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press. Oxford 2003
DSM IV. 4^{ème} édition. Version internationale. Masson. Paris 1996. Delirium pp148-159
Bigorio 2004. Recommandations Delirium. Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland by Expert Group Swiss Society for Palliative Care
Guide pratique des soins palliatifs. 4^{ème} édition complète.
APES Montréal (Québec). 2008. Les états confusionnels et l'agitation. Chap. 16. pp269-282
Nassisi D. Okuda Y. ED management of Delirium and Agitation. Emergency Medicine PRACTICE. January 2007 pp2-20

Ressources en soins palliatifs dans le canton de Vaud Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

EMSP Nord – Broye : Tél.: 079.749.37.39 ; E-mail: emsp@rezonord.net

EMSP Arc (Ouest) : Tél.: 079 783 23 56 ; E-mail: aubspal@ehc.vd.ch

EMSP Arcos (Centre) : Tél.: 021 314 16 01 ; E-mail : emsp@chuv.ch ; Internet: www.arcosvd.ch

EMSP Plateforme santé du Haut Léman (est) : Tél.: 079 366 96 86 ; E-mail: eqmobsoinspal@bluewin.ch
Internet: www.reseau-ascor.ch

EMSP intra-hospitalière, service de soins palliatifs CHUV : Tél.: 021 314 02 88 ;
E-mail : soins.palliatifs@chuv.ch, Internet : www.chuv.ch

EHC Hôpital d'Aubonne : Tél.: 021 821 41 11 ; E-mail: karine.moynier@ehc.vd.ch

EHNV - Site Chamblon : Tél.: 024 447 11 11 ; E-mail: maurice.baechler@ehnv.ch ;

EHNV- Site Orbe : Tél.: 024 442 61 11 ; E-mail: jose.arm@ehnv.ch ;
Internet: www.ehmv.ch

Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien DMCP- CHUV : 1011 Lausanne ;
Tél.: 079 556 13 32 ; E-mail: patricia.fahrni-nater@chuv.ch

Fondation Rive Neuve : Tél.: 021 967 16 16 ;

E-mail: josiane.pralong@riveneuve.ch ; michel.petermann@riveneuve.ch

Internet: www.rive-neuve.ch

Hôpital de Lavaux, Unité de soins palliatifs : Tél.: 021 799 01 11 ;

E-mail: gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch

Hôpital Riviera Site de Mottex Soins Palliatifs : Tél.: 021 943 94 11 ; E-mail: reception.mottex@hopital-riviera.ch

Veuillez plier le long de cette ligne

**ETAT CONFUSIONNEL AIGU OU DELIRIUM (2)
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ET NON MÉDICAMENTEUX**

Approche thérapeutique

A. Traiter les causes sous jacentes en premier lieu !

- Simplifier au maximum le traitement et changer la médication potentiellement responsable
- Réhydrater
- Traiter une infection
- Agir sur les causes de stress (douleur, dyspnée, anxiété...)
- Poser une sonde en cas de globe urinaire
- Corriger les troubles métaboliques potentiellement réversibles

B. Associer un traitement médicamenteux symptomatique d'emblée :

Le médicament de 1^{er} choix est l'halopéridol per os ou sc dosé en fonction de l'âge du patient, de ses antécédents et de la sévérité des symptômes

Proposition :

Dose initiale de 0.5 mg à 1mg/8h po/sc avec des doses de réserve de 0.5 à 1 mg/heure

La dose maximale/24 heures : 6 à 15 mg

Attention

à la survenue d'une réaction extrapyramidale (REP) avec l'halopéridol, en particulier en présence d'une maladie de Parkinson. On peut envisager un neuroleptique atypique en cas de risque avéré ou de survenue de REP-

Quelles Indications des benzodiazépines(bzd) dans l'ECA ?

- En cas d'anxiété majeure ou d'agitation réfractaire, associer une benzodiazépine à courte durée d'action (oxazépam, lorazépam ou midazolam) ou un neuroleptique sédatif comme la levomepromazine ou la quetiapine.
- Penser à un équivalent épileptique si aggravation ou persistance de l'agitation sous halopéridol.
- Lors de delirium lié à un sevrage alcoolique ou de bzd

A noter que les bzd peuvent être responsables d'un ECA ou l'aggraver !

Veuillez plier le long de cette ligne

Attention chez l'âgé car les bzd sont associées à un risque augmenté de chute, de sédation et de trouble cognitif. Cependant, ces effets secondaires sont peu déterminant lors d'un emploi temporaire en aigu chez un patient agité. Le risque d'hypoxie et de dépression respiratoire lors d'administration iv de bzd est plus important chez l'âgé. On relève aussi quelques cas d'agitation paradoxale ou de comportement avec désinhibition.

C. Utiliser des interventions non-médicamenteuses

- Adapter la communication (parler de façon claire et concise, répéter les repères dans l'espace et dans le temps ...)
- Veiller à la réorientation du patient (attention aux déficits sensoriels /appareil acoustique, lunettes, dentier)
- Adapter l'environnement (éclairage adéquat, pas d'excès sonores, espace suffisant, éviter les obstacles, chambre individuelle si possible, maintenir la personne dans son milieu familial aussi longtemps que possible).
- Assurer une équipe stable avec un soignant de référence.
- Prêter une attention particulière au sommeil, à l'hydratation, à l'alimentation et à l'élimination
- Eviter la contention. L'expérience montre que, même confus, un patient se souvient d'avoir été entravé dans ses mouvements.
- Maintenir les compétences résiduelles du patient en encourageant une participation adaptée aux soins (éviter la mise en échec systématique).
- Informer et soutenir les proches (réassurance ...)

Pour éviter le risque de chute, la présence d'une personne calme est probablement le facteur le plus important : impliquer les proches ou éventuellement d'autres acteurs de l'équipe pluridisciplinaires comme des bénévoles formés.

Rédigé par:
Sylvie Wermeille et Dr Grégoire Gremaud.
HNE – La Chrysalide
Relecteur :
Dresse Anne Vacanti-Robert

COMITE DE REDACTION

- Gian Domenico	BORASIO	Professeur – Service soins palliatifs CHUV
- Michel	BEAUVERD	CHUV - Service de Soins Palliatifs
- Valérie	CHAMPIER	CHUV - Service de Soins Palliatifs
- Axelle	LEUBA	Centre de Diffusion, CHUV
- Nicolas	LONG	EMSP ARC / EHC Aubonne
- Floriana	LURATI RUIZ	EMSP ASCOR
- Claudia	MAZZOCATO	CHUV – Service de Soins Palliatifs
- Hans Ruedi	MEIER	Hôpital de Lavaux - Cery
- Josiane	PRALONG	Fondation Rive-Neuve
- Anne	VACANTI ROBERT	Réseau Santé Valais

Réponses Quiz p 1:

1. oui
2. non
3. oui