

Prévention cognitive à l'âge avancé

# Influence de l'état confusionnel aigu

Le vieillissement démographique s'accompagne d'une incidence croissante des démences. L'identification au stade pré-clinique de facteurs de risque et de facteurs de protection constitue un enjeu de santé publique (fig. 1) (1). Selon un modèle épidémiologique récent, près d'un tiers des cas de maladie d'Alzheimer pourraient être prévenus en favorisant l'accès à l'éducation et en traitant à partir de 40 à 50 ans les facteurs de risque cardiovasculaire (sédentarité, tabagisme, hypertension artérielle, obésité, diabète) ainsi que la dépression (2). A l'âge avancé, la prise en charge standardisée de l'état confusionnel aigu (ECA) peut modifier la courbe du déclin cognitif, en particulier l'évaluation individuelle du risque et la mise en place en milieu de soins de mesures préventives.

L'ECA est associé à un risque accru de complications immédiates à l'hôpital telles chutes, infections et escarres, mais aussi de déclin cognitif et fonctionnel plus tardif. Des séries rapportent que 20 à 50% des patients ayant présenté un ECA présentent dans l'année qui suit une démence. Les critères du Confusion Assessment Me-



**Dr Stephan Eyer**  
Martigny, St-Maurice

thod (CAM) qui permettent de le dépister sont: 1) début brutal et évolution fluctuante, 2) troubles de l'attention, 3) désorganisation de la pensée, et 4) troubles de la vigilance (si critères 1 + 2 + 3 ou 4: sensibilité 94%, spécificité 98%).

## La démence facteur prédisposant à l'état confusionnel aigu

La survenue d'un ECA dépend de l'intensité du stress (facteurs précipitants) et de la vulnérabilité de la personne (facteurs prédisposants). Des troubles cognitifs préexistants multiplient selon les études par un facteur 3 à 9 le risque de développer un ECA lors d'une hospitalisation. Le critère le plus souvent utilisé est celui de performances au Mini-Mental State Examination (MMSE) inférieures à 24 sur 30. Les autres conditions qui prédisent le risque d'ECA sont: âge supérieur à 70 ans, polymédication, abus d'alcool, dépression chez la personne âgée de plus de 65 ans, troubles sensoriels (visuels et auditifs), antécédents d'AVC.

## L'état confusionnel aigu facteur de risque de la démence

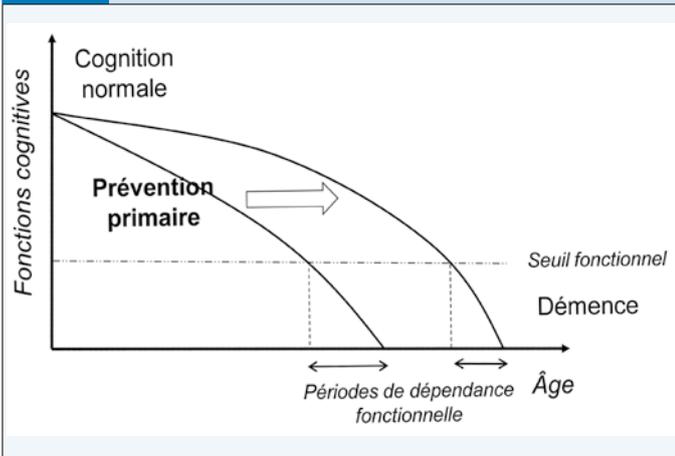
L'influence de l'ECA sur le risque de démence a été précisée récemment dans des études observationnelles. Une étude rapporte des trajectoires cognitives différentes en fonction de la survenue ou non d'un ECA dans les suites d'une opération cardiaque (3). Les fonctions cognitives ont été évaluées avec le MMSE, le diagnostic d'ECA a été posé sur la base des critères du CAM. Dans un modèle ajusté, des différences significatives de performances cognitives sont observées après un mois (MMSE 24.1 vs. 27.4 ;  $p < 0.001$ ) et une année (25.2 vs. 27.2 ;  $p < 0.001$ ). L'analyse de sensibilité montre qu'une durée prolongée de l'ECA postopératoire ( $< 3$  jours vs.  $\geq 3$  jours) est associée à des performances cognitives plus basses à long terme.

La prévalence de l'ECA chez des patients d'unités médicales et chirurgicales de soins intensifs s'élève à 74% selon des critères adaptés du CAM (4). Les fonctions cognitives des survivants ont été évaluées prospectivement à l'aide d'un test global des fonctions cognitives appelé Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS). Les performances cognitives après une année sont altérées dans toutes les classes d'âge. Chez près d'un tiers, elles sont comparables à celles de patients présentant des séquelles de traumatisme crânio-cérébral modéré (1.5 écarts-

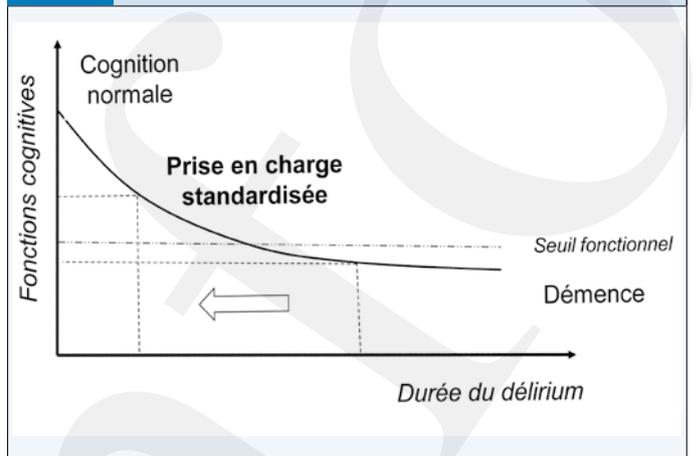
**TAB. 1 Mesures préventives de l'état confusionnel aigu**

Dépister les troubles cognitifs à l'admission (MMSE, test de l'horloge)
Limiter le nombre de médicaments, utiliser avec prudence les médicaments à risque (psychotropes, anticholinergiques, opiacés)
Veiller à une hydratation adéquate, traiter les troubles électrolytiques
Investiguer les risques de sevrage et les prévenir (alcool, benzodiazépines)
Evaluer la douleur (échelles), assurer une bonne antalgie
Restaurer un rythme veille-sommeil normal
Limiter les bruits irritants (alarmes sonores)
Maintenir les apports nutritionnels (accessibilité des plateaux, des boissons)
Parler au patient, lui expliquer tout acte médical
Orienter le patient (horloges, calendriers, examens prévus)
Favoriser un environnement stable et familial (visites de proches, limitation des changements de chambre et de service)
Soutenir et informer les proches (brochures de l'Association Alzheimer)
Réafférenter le patient (disponibilité des appareils auditifs, des lunettes)
Mobiliser le patient précocement, favoriser son indépendance (sevrage de sonde vésicale)
Eviter la contention physique (uniquement si mise en danger)

**FIG. 1** Prévention primaire de la démence



**FIG. 2** Effet de l'état confusionnel aigu sur le risque de démence



types en dessous du score moyen de la population ajusté à l'âge), et chez près d'un quart, à celles de patients présentant une maladie d'Alzheimer légère (2 écarts-types). L'analyse de régression linéaire montre que la durée de l'ECA aux soins intensifs est un facteur de risque indépendant de déclin cognitif à long terme (différence de 5.6 points entre patients non confus et confus pendant 5 jours ;  $p=0.04$ ). L'utilisation de médicaments sédatifs et analgésiques (midazolam, fentanyl, propofol) et la durée de l'intubation n'influencent pas cette évolution.

Ces études ne décrivent pas les performances cognitives des participants avant la survenue de l'ECA. Or, la présence de troubles cognitifs préexistants peut avoir un effet confondant sur les résultats. L'étude épidémiologique d'une population non sélectionnée permet une détermination plus juste du risque. Le suivi pendant 10 ans de la cohorte finlandaise Vantaa 85+ montre qu'il existe une association significative entre ECA et démence incidente (odds ratio 8.7, 95% intervalle de confiance 2.1-35) (5). Chez les patients déments, l'ECA est associé à une aggravation de la sévérité de la maladie, une détérioration des fonctions cognitives globales et une augmentation de la mortalité. Les participants, avec ou sans démence, qui ont présenté un ECA perdent en moyenne 1.0 point de plus par année au MMSE (95% intervalle de confiance 0.11-1.89), comparés avec ceux qui n'ont pas présenté d'ECA. Cette observation suggère que la trajectoire cognitive d'une personne âgée peut être prédite en fonction de la survenue ou non d'un ECA.

**Effet de l'état confusionnel aigu sur le risque de démence**

Ces études montrent que l'ECA est un facteur de risque de démence potentiellement modulable (fig. 2). Sa survenue influence négativement la courbe du déclin cognitif lié à l'avancée en âge. L'évolution ultérieure des fonctions cognitives dépend dès lors du succès de sa prise en charge. Celle-ci combine évaluation individuelle du risque, mise en place de mesures préventives, diagnostic précoce de l'affection et traitement rapide des causes. L'objectif doit être la diminution de sa durée.

L'évaluation du risque comprend plus particulièrement le dépistage à l'admission des troubles cognitifs (MMSE <24/30, test de l'horloge), la mise en évidence d'antécédents d'ECA (souvent notes de transmission infirmières) et la revue des médicaments

prescrits (médicaments à risque, risque de sevrage). L'efficacité de mesures préventives de l'ECA a été prouvée en termes de réduction des complications intra-hospitalières et de durée de séjour (tab. 1). L'effet protecteur à long terme sur les fonctions cognitives doit encore être évalué par des études interventionnelles. Celles-ci auraient pour objectif de comparer l'évolution des fonctions cognitives de patients issus d'unités de soins avec prise en charge gériatrique standardisée, avec celle de patients issus d'unités de soins conventionnelles.

**Dr Stephan Eyer**

Hôpital de Martigny et Clinique St-Amé, St-Maurice  
Hôpital du Valais (HVS),  
Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR)  
Av. de la Fusion 27  
1920 Martigny  
stephan.eyer@hopitalvs.ch

**+** **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**Références :**

1. Eyer S et al. Rev Med Suisse 2010;6(270):2141-5
2. Norton S et al. Lancet Neurol 2014;3(8):788-94
3. Saczynski JS et al. N Engl J Med 2012;367(1):30-9
4. Pandharipande PP et al. N Engl J Med 2014;370(2):185-6

**Messages à retenir**

- ◆ L'ECA est un facteur de risque de déclin cognitif potentiellement modulable. Une prise en charge standardisée peut influencer la trajectoire cognitive ultérieure.
- ◆ Les interventions à l'hôpital qui diminuent sa durée sont :
  - dépistage systématique des troubles cognitifs à l'admission (MMSE, test de l'horloge),
  - évaluation individuelle du risque (facteurs prédisposants),
  - mise en place de mesures préventives (protocoles de soins),
  - diagnostic précoce de l'affection (critères du CAM),
  - identification et traitement rapide des causes (facteurs précipitants).