

Delirium sous-syndromal en perspective par rapport à l'état confusionnel classique

Le Delirium Sous-Syndromal : mythe ou réalité ?

Le delirium sous-syndromal (DSS) est une forme atténuée de l'état confusionnel. Sa définition est controversée. Le trouble de l'attention est au premier plan. Les facteurs de risque et les causes sont similaires à ceux de l'état confusionnel classique. Le DSS reste sous-diagnostiqué malgré sa forte prévalence dans la population gériatrique. Le clinicien, se basant sur le « confusion assessment method » peut aisément identifier le DSS. En l'absence du traitement causal, le pronostic à court et moyen terme est réservé.

La population âgée de 65 ans et plus est en constante augmentation. Cette population est fragile, vulnérable et à risque de développer un état confusionnel aigu majeur lors de stress physiologique ou iatrogène (ex : sur-médication) (1). Le delirium fait partie des troubles neuropsychiatriques les plus fréquents en milieu hospitalier, et en particulier dans les services de soins aigus (urgences et soins intensifs). Il s'agit d'un syndrome complexe dont le diagnostic est difficile. L'ensemble des éléments cliniques utiles au diagnostic est rarement présent au même moment. Une nouvelle entité, reflet d'un tableau clinique plus atténué s'est progressivement imposée depuis une trentaine d'années et porte actuellement le nom de delirium sous-syndromal (2).

Les objectifs de cet article sont : a) de sensibiliser le lecteur au delirium sous-syndromal ; et b) de mettre ce syndrome en perspective par rapport à l'état confusionnel classique.

Épidémiologie

L'état confusionnel aigu touche 11–42% des patients hospitalisés et 10% des patients admis aux urgences (3). Le diagnostic est correctement établi dans 30% des cas seulement (4). La proportion de patients présentant une forme incomplète et moins sévère de ce syndrome est variable. La prévalence du delirium sous-syndromal dépend tant des méthodes de dépistage que des définitions employées. Martinez et coll. ont estimé une prévalence de 22% (5). Dans une méta-analyse de 2013, Cole et coll. combinant les résultats de cinq études observationnelles (n=1175) rapportent une prévalence globale de 23% (9–42%) (6). Quelque soit le lieu ou la méthode de diagnostic, ces résultats suggèrent que le DSS est fréquent mais rarement identifié dans la pratique courante. Une proportion non négligeable de ces patients pouvant passer « inaperçu » ou recevoir un diagnostic erroné retardant la mise en place d'un traitement.

Présentation clinique

La définition de l'état confusionnel aigu a été régulièrement modifiée au cours des dernières décennies (7). Selon la dernière version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (le DSM-5, édition 2013) le delirium associe à des degrés divers : a) une



Dr Yoann Magnien
Genève



Dr Majd Ramlawi
Genève

perturbation de l'attention (ex. focalisation) ; b) de la conscience (ex. appréciation de l'environnement) ; et c) de la cognition (ex. orientation, langage) (tab. 1). Son installation est rapide. L'évolution est marquée par une fluctuation de sa sévérité sur une courte période. L'étiologie est toujours organique. Aucun autre trouble cognitif n'explique le tableau clinique (8).

Cette définition est restrictive et contraignante. Tout d'abord, l'intensité de l'état confusionnel fluctue dans le temps. Les signes cliniques sont rarement tous présents au moment de l'évaluation initiale. D'abord aiguë, l'évolution peut se « chroniciser ». Enfin, le pronostic reste réservé même en cas de tableau pauci-symptomatique. L'ensemble de ces arguments renforcent l'idée que le syndrome confusionnel est avant tout un continuum. Le delirium

TAB. 1 Critères pour le diagnostic du délirium (état confusionnel aigu) selon (8)

1. Troubles de l'attention (par exemple, capacité réduite à diriger, focaliser, soutenir ou déplacer son attention) et de la conscience.
2. Modification de la cognition (par exemple, le déficit de mémoire, désorientation, troubles du langage, troubles de la perception) qui ne sont pas expliqués par une démence préexistante, établie, ou évolutive.
3. La perturbation se développe sur une courte période (habituellement quelques heures ou jours) et tend à fluctuer au cours de la journée.
4. Il existe des preuves anamnestiques, à l'examen physique ou au laboratoire que l'altération est causée par une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, une substance toxique, médicamenteuse, ou plusieurs autres causes.

FIG. 1

Confusion Assessment Method (CAM) pour le dépistage du delirium en pratique clinique



TAB. 2

Éléments cliniques en faveur d'un delirium sous-syndromal

1. la survenue aiguë ou subaiguë d'un dysfonctionnement cérébral incluant :
 - Un trouble de l'attention et
 - Un autre élément de la « Confusion Assessment Method » ou
 - une perturbation cognitive non expliquée par une démence ou une autre maladie psychiatrique (ex. dépression).
2. L'ensemble des critères du delirium ne sont pas réunis

sous-syndromal serait un phénotype intermédiaire au delirium classique. D'intensité moindre, le DSS peut contenir l'ensemble des éléments cliniques traditionnels de l'état confusionnel à savoir l'inattention, les troubles cognitifs, la perturbation du rythme veille-sommeil et le dysfonctionnement psychomoteur (9). Actuellement, une définition consensuelle est manquante (10). Le DSM-5 ne mentionne pas le terme de delirium sous-syndromal per se mais cite le terme d'« Attenuated delirium » (8). Le manque d'une définition claire rend difficile l'évaluation et l'interprétation des études entre elles. Pour les besoins de leur revue, Cole et coll. ont repris la définition initiale de Levkoff et coll., définissant le DSS comme étant la présence d'un ou plusieurs symptômes de delirium sans pour autant remplir l'ensemble des critères DSM-IV et dont l'évolution n'aboutit pas à un tableau franc d'état confusionnel (13).

Facteurs de risques

Le delirium sous-syndromal et l'état confusionnel aigu partagent la même physiopathologie. En cas de stress physiologique (par ex. hypoxémie, état inflammatoire) l'activation du système nerveux sympathique et l'augmentation des taux de cortisol aboutissent à

un déséquilibre neuro-hormonal (principalement la diminution de l'acétylcholine, et l'augmentation de la dopamine) (12). Les facteurs de risque tel que par exemple l'âge, l'état cognitif, et la réserve physiologique du patient contribuent à la nature et à la sévérité des manifestations cliniques (13). Ces mêmes facteurs de risques sont retrouvés à des degrés divers lors du DSS. Par exemple, la présence d'une démence sous-jacente augmente la probabilité de survenue d'un DSS par un facteur de deux (OR 2.23; IC 95% 1.30-3.81) (6). Une maladie intercurrente ou la provenance d'un établissement médicalisé sont également associées au développement d'un DSS avec respectivement un odds ratio de 2.74 (IC 95% 1.33-5.63) et 2.43 (IC 95% 1.22-4.85). Le rôle des autres facteurs de risques tels que l'âge avancé, l'atteinte sensorielle, et la prise de psychotropes semble moins clair (6).

Dépistage du delirium sous-syndromal

Parmi les nombreux instruments à disposition pour le dépistage de l'état confusionnel, la « confusion assessment method » ou CAM est la méthode de choix (fig. 1) (14). Sa facilité et sa rapidité d'utilisation (< de 5 minutes) sont des atouts pour le clinicien. Le CAM présente une sensibilité de 94% (IC 95% 91-97%) et une spécificité de 89% (IC 95% 85-94%) (15). Le diagnostic de delirium est retenu, si sont présents les deux éléments obligatoires (le point 1 et 2), et un critère parmi les points 3 et 4. Il n'existe actuellement aucun outil de dépistage spécifique au DSS tant la définition reste débattue et les critères utilisés dans les études, aléatoires. En 2005, Marcantonio et coll. proposaient d'utiliser le CAM comme méthode d'évaluation. Les sujets présentant un ou plusieurs éléments du CAM mais sans avoir l'ensemble des critères de delirium étaient considérés comme présentant un DSS (16). Ces mêmes critères sont repris dans une étude plus récente, comparant le CAM versus l'échelle DRS-R98 dans la détection du delirium sous-syndromal chez 133 patients avec un trouble de l'attention. La performance du CAM était supérieure au DRS-R98 et identifiaient respectivement 31% et 18% des patients souffrant de delirium sous-syndromal. La concordance entre les deux méthodes était médiocre ($\kappa=0.21$) (10). Parmi les éléments cliniques les plus prévalents, le trouble de l'attention s'avère le plus discriminatif. Sur la base de ces résultats, les auteurs de cet article recommandent que le trouble de l'attention soit un élément obligatoire pour le dépistage du DSS et proposent les critères présentés dans le tableau 2.

Pronostic

L'état confusionnel aigu est greffé d'une lourde mortalité (17). Les patients présentant un delirium sous-syndromal sont également à risque d'une mortalité accrue et de complications. Dans une cohorte pronostique portant sur 1248 patients, le groupe de patients avec un delirium sous-syndromal (n=246) était plus à risque de chutes (17%) et de complications médicales (44%) au cours du séjour hospitalier. (16). Ces valeurs sont en dessous des complications survenant en cas de syndrome confusionnel complet mais supérieures au groupe dénué de tout élément confusionnel. Cette tendance était également retrouvée pour la durée de séjour et la mortalité intra hospitalière. Le risque instantané de décès intra-hospitalier était de 3.4 (IC 95% 1.2-9.4). Dans la méta-analyse de Cole et coll., la probabilité de décès (OR combiné) était de 3.41 (IC 95% 1.62-7.17). Le risque d'institutionnalisation précoce était également accru avec un OR de 3.13 (IC 95% 2.27-4.32) (6).

Dr Yoann Magnien

Dr Majd Ramlawi

Service des urgences

Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences

Hôpitaux Universitaires de Genève

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 2, 1205 Genève 4

Yoann.Magnien@hcuge.ch

Majd.Ramlawi@hcuge.ch

+ Conflit d'intérêts: Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Messages à retenir

- ◆ Le delirium sous-syndromal est méconnu
- ◆ Face à un trouble de l'attention d'installation aigu, les médecins praticiens doivent évoquer la possibilité de ce syndrome
- ◆ Les risques encourus sont réels même en l'absence d'un tableau clinique complet
- ◆ De nombreuses questions restent cependant en suspend
- ◆ La fréquence du DSS au cabinet médical et aux urgences reste à déterminer
- ◆ Les implications pour la pratique ne sont pas définites. La prise en charge de ces patients et leur orientation doit faire l'objet de recherches supplémentaires

Références:

1. Gower LEJ et al. Emergency department management of delirium in the elderly. *West J Emerg Med* 2012;13(2):194–201
2. Lipowski ZJ. Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry* 1983;140(11):1426–36
3. Siddiqi N et al. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing* 2006;35(4):350–64
4. Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2002;39(3):248–53
5. Martínez Velilla N et al. Delirium and subsyndromal delirium: prevalence of a disease spectrum. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 47(4):158–61
6. Cole MG et al. Subsyndromal delirium in older people: a systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28(8):771–80
7. Blazer DG, van Nieuwenhuizen AO. Evidence for the diagnostic criteria of delirium: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25(3):239–43
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed.;2013
9. Trzepacz PT et al. Phenotype of subsyndromal delirium using pooled multicultural Delirium Rating Scale–Revised-98 data. *J Psychosom Res* 2012;73(1):10–7
10. Meagher D et al. Frequency of delirium and subsyndromal delirium in an adult acute hospital population. *Br J Psychiatry* 2014;205(6):478–85
11. Levkoff S et al. Subsyndromal delirium. *Am J Geriatr Psychiatry* 1996;4:320–9
12. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006;354(11):1157–65
13. Inouye SK et al. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383(9920):911–22
14. Inouye SK et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113(12):941–8
15. Wei LA et al. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(5):823–30
16. Marcantonio ER et al. Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(6):963–9
17. McCusker J et al. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med* 2002;162(4):457–63