

LA CONFUSION MENTALE

I. OBJECTIFS

- Connaître les situations favorisant la confusion mentale afin de prévenir son apparition
- Savoir reconnaître la confusion mentale et mettre en œuvre les mesures appropriées

II. DÉFINITION

Il s'agit d'un état aigu transitoire, réversible, associant : une triade symptomatique :

1. Troubles cognitifs :

- Obnubilation de la conscience
- Désorientation temporo-spatiale
- Diminution de la vigilance
- Troubles de la mémoire

2. Activité délirante :

- Délire onirique proche du rêve, variable au cours de la journée riche en hallucinations visuelles

3. Troubles somatiques :

- Altération de l'état général (réversible, d'évolution brève son pronostic dépend de l'affection en cause)

III. ETUDE CLINIQUE

1. Le début :

- Progressif en quelques jours, céphalées, troubles du sommeil, irritabilité, troubles de l'humeur.
- Parfois brutal, obnubilations, désorientation, accès d'onirisme entraînant des troubles du comportement

2. La phase d'état :

A. Présentation :

- Le confus paraît absent et maladroit, faciès hébété parfois mutique.
- Son comportement peut être opposant, inerte ou désordonné.
- La tenue vestimentaire est négligée, on peut voir des gestes stéréotypés, ou des raptus violents.

B. Signes psychiques :

- Gravité variable : **obnubilation** → **stupeur**
- La conscience obscurcie : synthèses mentales difficiles
- La désorientation temporo-spatiale est constante
- Les troubles de la mémoire sont importants avec difficultés de mémorisation de faits récents
- Les perceptions sont floues, le patient est perplexe

La confusion est plus importante la nuit et dans l'obscurité

- **L'onirisme** peut être discret ou représenter l'élément essentiel du tableau clinique ; cet état est fait d'illusions et d'hallucinations souvent visuelles (zoopsies), mais parfois auditives cénesthésiques (brûlure ou douleurs)
- **Des idées délirantes** apparaissent, elles sont mobiles (persécution, mystiques, grandeur...)
- Le délire est vécu et agi, le patient y adhère totalement et peut présenter des comportements de fuite, de défense. Le sommeil est toujours perturbé

3. Les signes somatiques :

- L'état général est souvent altéré ; déshydratation, fièvre, amaigrissement, malnutrition...
- Il faut pratiquer un examen neurologique à la recherche de signes en foyers ; rechercher une raideur méningée, des mouvements anormaux et des polynévrites des membres inférieurs
- Étudier la motricité oculaire, l'état des pupilles et le fond d'œil
- Faire un examen complet des autres appareils

- Pratiquer un bilan paraclinique biologique, un EEG, TDM cérébrale...

IV. EVOLUTION

Dépend de l'étiologie

- Dans les formes psychiques, guérison sans séquelles mais avec amnésie lacunaire fréquente :
- Il peut subsister des idées fixes post-oniriques
- Fondement d'un état délirant chronique.
- ***L'état confusionnel peut évoluer vers un processus démentiel.***

V. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1. Les troubles psychotiques :

- **La bouffée délirante**, (hallucinations auditives plus marquées, troubles de l'identité plus que de la conscience, négativité des explorations complémentaires)
- **État d'agitation maniaque** dans les formes agitées, existence d'antécédents, pas de véritable trouble de la conscience.
- **Mélancolies stuporeuses** moins variables dans le temps, existence d'antécédents familiaux, négativité des explorations.
- **2. Les autres troubles psycho-organiques**
- **Les démences** : la perplexité est moindre, ainsi que le délire onirique. L'évolution est chronique, sans fluctuation, mais beaucoup de personnes âgées présentent des états Confuso-démentiels.

VI. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

I. Causes toxiques :

A. Alcoolisme :

La cause majeure des états confusionnels dans les pays développés

- **Intoxications aiguës** (ivresse avec confusion qui est transitoire)
- **Délirium Tremens** : délire alcoolique aigu lors d'un sevrage brutal ; 48h après le sevrage apparition de sueurs, cauchemars, tremblements généralisés et onirisme spectaculaire.
- **L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke** : c'est un trouble neurologique sévère caractérisé par une [ataxie](#), une [ophtalmoplégie](#) (paralysie oculo-motrice), un [nystagmus](#), une [confusion](#) et une perte de la [mémoire](#) à court terme résulte d'une carence en **thiamine (vitamine B₁)**
- **Intoxication aux substances psychoactives** : Haschich ; éther à forte dose, solvant, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques, opiacées.
- **C. Intoxication professionnelle ou accidentelle** : oxyde de carbone, plomb, arsenic.
- **D. Intoxication médicamenteuse** : notamment
- Chez la personne âgée : antidépresseurs,
- Benzodiazépines, lithium, corticoïdes, antibiotiques ...

II. Causes métaboliques et endocriniennes :

- Insuffisance rénale et hépatique chez les insuffisants respiratoires souvent aggravés par les infections
- Hypoglycémie ou acidose métabolique
- Hyper ou déshydratation
- Les maladies endocriniennes : crise hyperthyroïdiennes, hypothyroïdie, insuffisance hypophysaire

III. Causes neurologiques

- Encéphalite, tumeur cérébrale, hypertension intracrânienne, A.V.C., encéphalite hypertensive, T.C., hématome extra-dural, épilepsie.

4. Causes infectieuses : typhoïde, Brucellose, syphilis, paludisme, sida, rickettsiose.

5. Causes psychiatrique : émotion au cours de catastrophes naturelles, d'accident, de guerre. La frayeur fait éclater les défenses : fragilité de la personnalité, schizoïde, schizotypique, phobique, psychose puerpérale

IV. TRAITEMENT

1. Traitement symptomatique

- Soins généraux, chambre calme, éclairée et surveillée. Traitement, tension artérielle, température, relation.
- Sédation de l'agitation par neuroleptiques, anxiolytiques, benzodiazépines I.M. toutes les 4 heures avec surveillance stricte.
- Réhydratation qui devient possible par voie orale (3 à 6 litres) + apport calorique, vitamines, sinon réanimation dans les cas graves.

2. Traitement étiologique :

- Orientation éventuelle vers des services spécialisés : réanimation, infectiologie, neurochirurgie, etc ...

CONCLUSION

- La confusion mentale est fréquente et grave. Elle résulte surtout d'affections métaboliques et toxiques, mais toute affection générale ou neurologique est susceptible de la favoriser.
- Sa prévention est essentielle et passe par la reconnaissance des situations à risques (sujet âgé, démence sous-jacente, polypathologie, polymédications et/ou prise de toxiques, stress physiologique et/ou psychologique), en particulier en milieu hospitalier.
- Son traitement est surtout celui de l'affection causale ; l'usage des psychotropes chez un malade confus doit être limité et les indications soigneusement pesées.