

Yoanna SKROBIK

Le délirium aux soins intensifs

Le délirium chez les patients hospitalisés est bien décrit comme étant morbide ^(1,2,3), onéreux et troublant pour les patients, leurs familles, ainsi que pour les soignants ⁽⁴⁾. Le délirium survenant aux soins intensifs est associé à des conséquences néfastes : auto-extubation, retrait de cathéters et sondes ⁽⁵⁾, dépendance prolongée de la ventilation mécanique ⁽⁶⁾ et séjour prolongé à l'unité de soins intensifs (USI) et à l'hôpital ^(7,8,9). Le délirium n'a pas été à cette date associé à une augmentation de la mortalité dans les USI ^(5,6), mais semble être un marqueur indépendant d'une mortalité accrue à un an ⁽¹⁰⁾.



Yoanna SKROBIK

Mots clés

Soins intensifs. Délirium. Agitation. Anxiété.

Intensive care units. Delirium.

Résumés

Le passage aux soins intensifs représente pour les patients une agression qui doit être prévenue et traitée. La survenue d'un delirium concerne de 20% à 80% des patients selon les études, et les échelles d'évaluation. Il reste un événement fréquent. Les modifications du comportement sont souvent rapides et fluctuantes. Le traitement peut être autant pharmacologique que non pharmacologique. Le rôle de la « *rassurance* » est essentiel, et est du domaine de tous les soignants.

Patients spending time in Intensive Care Units suffer an aggression experience. It is possible both to prevent and treat this. Delirium occurs in 20% to 80% of patients – percentage varies according to research and assessment scales applied. It is a frequent event.

Behaviour modification and fluctuation rapidly occurs. Treatment can be either pharmacological or not. Reassurance is imperative and all carers have a part to play in providing this.

Dans une perspective plus globale, la littérature suggère de plus en plus que les patients qui survivent aux soins intensifs souffrent fréquemment de troubles émotifs (*dépression* ⁽¹¹⁾, *syndrome de stress post-traumatique* ⁽¹²⁾), qui les empêchent de revenir à une vie fonctionnelle et au travail. L'oubli que constitue l'amnésie des événements ⁽¹³⁾, mais aussi les cauchemars et les souvenirs de souffrance, semblent causer du tort aux patients. Une association semble exister entre un niveau de sédation élevé durant le séjour aux soins intensifs et un pronostic plus réservé quant au devenir psychique du patient ⁽¹⁴⁾.

Il est difficile de déterminer si un patient en soins intensifs, dont le niveau de conscience est altéré par la sédation et l'analgésie, souffre de délirium ^(15,16). Le délirium, la douleur et l'appréhension aux soins intensifs causent des symptômes d'agitation et de l'anxiété. Ces problèmes sont communs et leurs manifestations se ressemblent. Le présent compte-rendu n'aura pas pour objet de traiter de l'évaluation, du traitement ou des facteurs influençant la douleur et l'anxiété. Ces sujets n'ont malheureusement pas, avec quelques exceptions ^(17,18), été décrits convenablement dans un contexte de soins intensifs, les publications mettant plutôt l'accent sur la sédation ⁽¹⁹⁾. Le propos de cet article se focalisera plutôt sur l'identification clinique du delirium en situation critique, sur une description de facteurs prédisposants, ainsi que sur un bref commentaire au sujet du traitement.

LE DÉPISTAGE DU DÉLIRIUM AUX SOINS INTENSIFS

Le délirium, un syndrome neuropsychiatrique transitoire, est associé à un déclin de la fonction cognitive et à une modification du comportement. Selon le manuel de classification diagnostique DSM-IV ⁽²⁰⁾, les caractéristiques essentielles du délirium permettent de déterminer quatre situations cliniques (*voir encadré*).

Troubles de la conscience avec une capacité réduite de concentration, de conservation ou de détournement de l'attention;

Changement de la cognition ou développement d'un trouble perceptif ne pouvant être attribué à un état de démence préexistant;

Classification diagnostique DSM-IV du délirium

- Syndrome neuropsychologique transitoire associé à quatre situations cliniques
- Troubles de la conscience avec altération de la capacité de concentration;
- Changement de la cognition ou développement d'un trouble perceptif;
- Troubles neuropsychiatriques fluctuants et d'instauration rapide;
- Conséquences physiologiques d'un trouble médical général.

Trouble se développant rapidement et tendant à fluctuer;

Une situation où l'historique, les examens physiques ou des résultats de laboratoires prouvent que

le trouble est causé par les conséquences physiologiques d'un trouble médical général.

Le contexte de soins intensifs, caractérisé par des patients souvent intubés et, en tous cas, souvent sédationnés, rend difficile l'application des critères évoqués ci-dessus au moyen des méthodes d'entrevue psychiatrique habituelles. Deux études récentes ont examiné des méthodes d'évaluation alternatives, applicables au contexte de soins

intensifs. Puisque la présence du patient aux soins intensifs indique normalement qu'il souffre d'un trouble médical général, les outils récemment conçus pour dépister ⁽²¹⁾ et identifier ⁽²²⁾ un délirium aux soins intensifs fondent donc principalement leurs critères sur les trois premiers (A,B,C) éléments de la définition donnée par le DSM-IV.

La liste de contrôle du dépistage du délire aux soins intensifs (*Intensive Care Delirium Screening Checklist, ICDSCL*) à l'annexe 1 ⁽²¹⁾ a été évaluée chez des patients admis dans une unité de soins intensifs médico-chirurgicale, et comparée au diagnostic clinique d'un psychiatre. 93 patients ont été évalués au moyen de l'outil de dépistage, à chaque quart de travail infirmier (*toutes les huit heures*). L'âge moyen des patients était de 62 ans, le score APACHE moyen était de 14, et l'incidence du

« un syndrome neuropsychiatrique transitoire »

Bibliographie

1. - Rabins SV, et al. - *Delirium and dementia: diagnostic criteria and fatality rates*. - 1982, Br J Psychiatry 140, p. 149-153.
2. - Weddington WW. - *The mortality of delirium: an under-appreciated problem?*, 1982, Psychosomatics 23, p. 1232-1235.
3. - Cole MG, et FJ Primeau. - *Prognosis of delirium in elderly hospital patients*, 1993, Can Med Assoc J 149, p. 41-46.
4. - Breitbart W, C Gibson et A Tremblay. - *The Delirium Experience: Delirium Recall and Delirium-Related Distress in Hospitalized Patients With Cancer, Their Spouses/Caregivers, and Their Nurses*, 2002, Psychosomatics 43, p. 183-194.
5. - Dubois MJ, Y Skrobik, et al. - *Delirium in an Intensive Care Unit: a study of risk factors*, 2001, Intensive Care Med 27, p. 1297-1304.
6. - Dial S et J Payne. - *Managing Delirium in the Intensive Care Unit*, 2002, Clin Pulm Med 9, p. 260-266.
7. - Kishi Y, et al. - *Delirium in Critical Care Unit Patients Admitted Through an Emergency Room*, 1995, General Hospital Psychiatry 17, p. 371-379.
8. - Aldemir M, et al. - *Predisposing Factors for Delirium in the Surgical Intensive Care Unit*, 2001, Critical Care 5, p. 265-270.
9. - Ely EW, S Guatam, et al. - *The Impact of Delirium in the Intensive Care Unit on Hospital Length of Stay*, 2001, Intensive Care Medicine 27, p. 1892-1900.
10. - McCusker J, et al. - *Delirium Predicts 12-Month Mortality*, 2002, Arch Intern Med 162, p. 457-463.
11. - Herridge, Margaret - *Long-term outcomes after critical illness*. Current opinion in critical care 2002;8:331-336.
12. - Schelling G, et al. - *Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome*. Crit Care Med 1998;26:651-659.
13. - Hupcey JE, Zimmerman HE - *The need to know: experiences of critically ill patients*. Am J Crit Care 2000;9:192-198.
14. - Nelson BJ, et al. - *Intensive care unit drug use and subsequent quality of life in acute lung injury patients*. Crit Care Med 2000;28:3626-3630.
15. - McGuire BE, et al. - *Intensive Care Unit Syndrome. A Dangerous Misnomer*, 2000, Arch Intern Med 160, p. 906-909.
16. - Armstrong SC, KL Cozza et KS Watanabe. - *The Misdiagnosis of Delirium*, 1997, Psychosomatics 38, p. 433-439.
17. - Jean-Francois Payen, et al. - *Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale*. Crit. Care Med. 2001 vol 29 no 12 pp 2258-63.

délirium s'élevait à 22%. L'outil permettait de dépister le délirium avec une grande sensibilité (99%) et une bonne spécificité (64%). Tous les patients ayant obtenu un faux résultat de dépistage (soit un « score » de 4 points sur les 8 potentiels de l'échelle, donc 4/8 ou plus) présentaient une anomalie neurologique structurelle ou un trouble neurologique évolutif.

La méthode diagnostique de la confusion en unité de soins intensifs (*Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit, CAM-ICU*) décrite à l'annexe 2⁽²²⁾ a été appliquée chez 111 patients aux soins intensifs. Les patients psychotiques, sourds, comateux ou ayant des troubles neurologiques ont été exclus du processus de dépistage. Deux infirmières ont tour à tour administré l'outil de dépistage une fois par jour (entre 14 heures et 17 heures) et les résultats ont été comparés à l'opinion d'un spécialiste en délirium (*psychiatre, gériatre, neuropsychologue*). L'âge moyen des patients était de 55,3 ans; le score APACHE moyen s'élevait à 22,9 et l'incidence du délire se chiffrait à 83,3%. Ces patients étaient en moyenne lourdement sédationnés, en contraste avec les patients chez qui le ICDSC a été décrit. Les deux outils de dépistage ont été décrits comme étant faciles d'utilisation et présentant un bon coefficient d'objectivité; les infirmières et médecins sans expertise neuropsychiatrique pouvaient s'en servir facilement après une formation minimale. Ils sont maintenant intégrés au fonctionnement quotidien des unités de soins intensifs où ils ont été conçus en raison de la conviction du personnel médical et infirmier du fait que l'évaluation adéquate et systématique de la présence d'hallucination ou autres troubles cognitifs améliore la qualité des soins prodigués au patient.

L'INCIDENCE DU DÉLIRIUM AUX SOINS INTENSIFS

Compte tenu des données décrites ci-dessus, comment expliquer les différences entre les taux de délirium décrits (88% comparativement à 22%) ? Les populations différentes (*différents diagnostics, âges, indices de gravité, sources et heures d'évaluation dans le dépistage des patients*) et les échelles en soi pourraient biaiser l'estimation des manifestations cliniques du délirium. L'échelle « *Intensive Care Delirium Screening Checklist* » (ICDSC) évalue spécifiquement les fluctuations du contenu de la pensée. En contraste, et en raison de l'accent qu'elle place sur l'état d'éveil, il est plausible que la CAM-ICU produise des scores positifs uniquement avec des fluctuations du niveau de conscience. Les patients chez qui la posologie de sédatifs a été altérée pourraient donc être étiquetés comme souffrant de délirium. L'établissement d'un diagnostic consensuel de ce qu'est le délirium se révèle ainsi problématique. Il est notoire que les psychiatres posent des diagnostics psychiatriques différents, quant on les compare entre eux ou avec d'autres évaluateurs^(15,16). En plus, certains psychiatres nord-américains préconisent un diagnostic « *phénoménologique* » ou toute manifestation qui s'intègre dans les critères du DSM-IV (*par exemple, une*

encéphalopathie hépatique fluctuante) mérite un diagnostic de delirium. Cette approche ne correspond pas nécessairement à celle du réanimateur, qui attribuera le diagnostic de delirium à un patient dont la causalité de trouble cognitif n'est pas identifiable avec un seul élément, mais est plutôt multifactorielle.

Chacun des outils décrits, cependant, identifie un syndrome qui prédispose le patient à une morbidité accrue. Les deux instruments d'évaluation au chevet sont utiles à l'enseignement et à la sensibilisation du personnel médical et infirmier concernant le diagnostic du délirium en USI. Il est regrettable de constater que seule une minorité d'établissements procèdent à ce dépistage de façon systématique aux États-Unis⁽²³⁾ et au Canada⁽²⁴⁾.

SOUS-TYPES DE DÉLIRE

Le dépistage systématique du délirium aux soins intensifs prend plus d'importance lorsqu'on considère les diverses manifestations cliniques du délirium^(25,26). Tout clinicien est en mesure de reconnaître qu'un patient agité et paranoïde de novo souffre de délirium. Il faut souligner le taux significatif de délire « *silencieux* » (33% ou plus aux soins intensifs), situation où le patient, malgré ses hallucinations et/ou ses symptômes paranoïdes, n'est pas agité^(5,21,27). A moins de rechercher le diagnostic de delirium systématiquement et de s'enquérir au sujet du contenu de la pensée, il est rare de poser le diagnostic chez ces malades. Le pronostic du patient souffrant d'un délirium « *tranquille* » est nettement plus sombre que celui des patients non délirants^(5,27), ce qui appuie la théorie voulant que le délirium reflète une dysfonction d'organe ou d'absence de réserve psychologique.

FACTEURS DE RISQUE

Il existe très peu de données sur les facteurs associés à la manifestation du délirium aux soins intensifs. La seule étude ayant examiné la question directement⁽⁵⁾ indique que les prédictors de la manifestation du délirium chez les patients en USI sont différents de ceux des patients hospitalisés dans une unité médicale ou chirurgicale. Dans le cas du délirium survenant aux soins, les facteurs de risque liés aux antécédents médicaux comprennent notamment l'hypertension et les récents antécédents de tabagisme, ce qui soulève la possibilité que le retrait de nicotine constitue en soi un mécanisme de déclenchement. Durant le séjour aux soins, le facteur le plus associé à la manifestation du délirium était l'usage d'opiacés. Notons que cette association était proportionnelle à la dose administrée⁽⁵⁾. Une autre étude de soins intensifs⁽⁶⁾, où on a évalué l'agitation sans dépistage diagnostique systématique du délirium, suggère une association entre, d'une part, l'agitation, et d'autre part, l'âge, la gravité de la maladie et l'usage de benzodiazépines.

Il se peut que l'association des opiacés et des benzodiazépines avec le délirium ou l'agitation en soins intensifs reflète l'administration de ces drogues en doses progressives par le personnel infirmier, peut-

être en raison de manifestations précoces du syndrome psychiatrique. L'administration de ces médicaments est, à regret, aussi influencée par la charge de travail des infirmières (28).

Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'établir une relation de cause à effet entre l'usage de la benzodiazépine ou l'usage d'opiacés et le délirium. L'importance du titrage des doses de sédatifs ou d'analgésiques selon les besoins du patient mérite d'être soulignée, du moins aussi longtemps qu'un doute subsiste concernant l'existence d'un lien causal. En outre, un nombre d'études ont établi le niveau élevé de la morbidité et des coûts associés à l'administration des sédatifs sans ajustement minutieux des doses de façon à les faire correspondre au niveau désiré de sédation du patient (19, 29-30).

TRAITEMENT

La gestion clinique et le traitement pharmacologique du délirium demeurent inexplorés. La plupart des recommandations publiées sur le traitement du délirium aux soins intensifs sont empiriques, et extrapolées d'études de cas provenant d'autres populations. L'administration d'antipsychotiques est largement acceptée, surtout dans le traitement du délirium avec agitation (31). L'halopéridol, un puissant antagoniste dopaminergique, est le médicament le plus couramment utilisé dans la pratique des soins intensifs Nord-Américaine. L'usage d'halopéridol par voie intraveineuse se base sur la prémisse (*mal fondée scientifiquement, mais appuyée de 30 ans d'observation clinique*) que la voie parentérale est plus efficace dans les situations d'urgence et entraîne moins d'effets secondaires extrapyramidaux (32). L'administration intraveineuse du médicament, combinée à une augmentation rapide de la dose, est spécifiquement recommandée dans les manuels (33) et dans les principes directeurs récemment publiés (34).

Les antipsychotiques habituels, dont l'halopéridol, agissent en bloquant les récepteurs de dopamine D₂ mésolimbiques. Des effets extrapyramidaux peuvent être induits à cause du blocage concomitant des récepteurs D₂ striataux. Il n'y a pas de consensus sur la posologie idéale tenant compte de la relation entre le blocage dopaminergique et les effets secondaires extrapyramidaux d'une part, et l'action antipsychotique de l'autre. Toutefois, un seuil de blocage de 60% des récepteurs D₂ a été suggéré, car des niveaux supérieurs poseraient un plus grand risque d'effets secondaires neurologiques sans amélioration clinique (35). Ce seuil correspond à des doses de 2 mg à 20 mg par jour. Les recommandations récentes (34), de même que les textes de référence (33), recommandent des doses beaucoup plus élevées.

Les symptômes extrapyramidaux peuvent se révéler assez morbides, surtout chez les patients âgés, plus susceptibles de présenter des symptômes parkinsoniens (36); certains d'entre eux, comme la dystonie laryngée aiguë, peuvent compliquer la

gestion des voies aériennes (37). Les torsades de pointes, surtout chez les patients souffrant de maladies cardiaques, ont été rapportées avec, et occasionnellement sans (38), allongement de l'intervalle QT. Bien que l'administration intraveineuse d'halopéridol ait amélioré l'état de nombreux patients, d'autres sont réfractaires à son effet antipsychotique et/ou souffrent d'effets secondaires importants (39). Ces derniers pourraient être exposés à des doses potentiellement néfastes d'un médicament n'ayant fait l'objet d'aucune recherche scientifique pour cette indication aux soins intensifs. Il importe donc d'utiliser l'halopéridol avec modération, avec une évaluation rigoureuse de son effet clinique.

Des antipsychotiques dits de « **seconde génération** » ont été mis sur le marché au cours des der-

■
« l'halopéridol
bloque
les récepteurs
de dopamine D₂
mésolimbiques »
■

nières années pour le traitement de la schizophrénie. Ils présentent des profils pharmacologiques favorables en comparaison aux médicaments qui les précédaient, dont l'halopéridol et la chlorpromazine. Leurs avantages éventuels dans le traitement du délirium ont fait l'objet d'études récentes (40-44). Malheureusement, la plupart de ces médicaments (*à l'exception de l'olanzapine*) contiennent des métabolites actifs, notés surtout mais de façon imprévisible chez les pa-

tients plus âgés. La plupart des antipsychotiques de deuxième génération sont administrés par voie orale, et exigent donc une motilité gastro-intestinale. Ils sont contre-indiqués en présence d'un dysfonctionnement rénal ou hépatique. Dans le cadre de patients hospitalisés aux soins intensifs, l'olanzapine se compare favorablement à l'halopéridol, avec une efficacité semblable et moins d'effets secondaires (45).

Les benzodiazépines sont utilisées depuis longtemps en soins intensifs pour soulager l'anxiété et l'agitation. De nombreux centres hospitaliers européens choisissent les benzodiazépines comme traitement de première ligne du délirium. Une étude récente (23) menée auprès de (*plus de 500*) médecins et autres travailleurs de la santé Nord-américains questionnait ces derniers sur leur médica-

Traitement

Pharmacologique

- Haloperidol
Haldol® 2 à 20 mg/j
per os. comprimé 5 g.
solution buvable 2 mg/ml.
IM/IV 5 mg/ml.
- Lorazepam
Temesta® 5 mg/j. Comprimé sécable 2,5 mg
- Propofol
Diprivan® - Propofol Lipuro® 6 à 10 mg/kg/h
ampoules 200 mg/

Non pharmacologique

- Parler
- Rassurer
- Respecter alternance jour et nuit.

Bibliographie (suite)

18. - De Lemos J, Tweeddale M, Chittock D. - *Measuring quality of sedation in adult mechanically ventilated critically ill patients. the Vancouver Interaction and Calmness Scale.* Journal of Clinical Epidemiology. 53(9):908-19, 2000 Sep.
19. - John P. Kress, M.D., and al. - *Daily Interruption of Sedative Infusions in Critically Ill Patients Undergoing Mechanical Ventilation.* 18 mai 2000, 342, p. 471-477.
20. - American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC, 4e édition (DSM-IV), 1994.
21. - Bergeron N, MJ Dubois, M Dumont, S Dial et Y Skrobik. - *Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool.* 2001, Intensive Care Med 27, p. 859-864.
22. - Ely EW, SK Inouye, and al. - *Delirium in Mechanically Ventilated Patients. Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).* 2001, JAMA 286, p. 2703-2710.
23. - Ely EW, Stephens RK, And al. - *Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals.* Critical Care Medicine. 32(1):106-12, 2004 Jan.
24. - Mehta, S. - *A comprehensive survey of Canadian physicians regarding the use of sedatives and analgesics in mechanically ventilated adults in the ICU.* Am. J. of Respi. and Crit. Care 2003, 167(7), A909.
25. - Ross CA, et al. - *Delirium: phenomenologic and etiologic subtypes.* 1991, Inter Psychogeriatrics 3, p. 135-147.
26. - Liptzin B et SE Levkoff. *An empirical study of delirium subtypes.* 1992, Brit J Psychiatry 161, p. 843-845.
27. - JF Peterson, JW Thomason, and al. - *The prevalence of hypoactive, hyperactive and mixed type delirium in medical ICU patients.* Am. J. of Respi. and Crit. Care 2003, 167(7) A970.
28. - Park G, Coursin D. and al. - *Balancing sedation and analgesia in the critically ill.* Crit. C. Clinics. 17(4):1015-27, 2001 Oct.
29. - Mascia MF, et al. - *Pharmacoeconomic impact of rational use of guidelines on the provision of analgesia, sedation and neuromuscular blockade in critical care.* 2000, Crit Care Med, 28(7), p. 2300-2306.
30. - Brook AD, TS Ahrens, and al. - *Effect of nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation.* 1999, Crit. Care Med, 27 (12), p. 2609-2615.
31. - Am. Psy. Asso. *Practice Guideline for the treatment of patients with delirium.* 1999, Am J Psychiatry 156, p.1-20
32. - MA Menza, et al. - *Decreased extrapy-*

Annexe 2 - Confusion Assessment Method (CAM-ICU)

Caractéristiques et descriptions	Absent	Présent
I. Changement soudain de l'état mental ou état fluctuant *		
a. Un changement soudain de l'état mental par rapport à l'état de base est-il perceptible?		
b. Ou alors, le comportement (anormal) du patient a-t-il fluctué au cours des 24 dernières heures? C'est le cas s'il tendait-il à se manifester puis à disparaître, ou à augmenter et à baisser en gravité, comme l'indiquent des fluctuations du score clinique sur l'échelle de sédation « Richmond Agitation Sedation Scale » (RASS) ou sur l'échelle de coma « Glasgow Coma Scale ».		
II. Inattention : Le patient éprouvait-il des difficultés à maintenir son attention ? C'est le cas s'il a obtenu moins de huit bonnes réponses aux éléments visuels ou auditifs de l'Attention Screening Examination (ASE).		
III. Pensée désorganisée : Y a-t-il évidence d'une pensée incohérente ou désorganisée ? C'est le cas si le patient a répondu incorrectement à au moins trois des quatre questions et se révèle incapable de suivre les consignes.		
Questions : 1. Est-ce qu'une roche flotte dans l'eau ? 2. Y a-t-il des poissons dans l'eau ? 3. Est-ce qu'un kilo pèse plus que deux kilos ? 4. Pouvez-vous utiliser un marteau pour frapper un clou ?		
Consignes : 1. Avez-vous des pensées confuses ? 2. Levez le nombre de doigts indiqué (montrer deux doigts au patient). 3. Maintenant, faites de même avec l'autre main (ne pas montrer les deux doigts au patient). (Si le patient est déjà extubé, déterminez si sa pensée est désorganisée ou incohérente, comme une divagation ou une conversation non pertinente, un flot d'idées imprécis ou illogique, ou passage imprévisible de sujet en sujet.)		
IV. Niveau de conscience altéré		
Le niveau de conscience du patient est-il autre qu'en état d'alerte (p. ex., vigilant, léthargique, stuporeux ou comateux)?		
Alerte : le patient a un état de conscience normal, est conscient de son environnement et interagit de façon appropriée.		
Vigilant : le patient est hyperalerte.		
Léthargique : le patient est somnolent, mais peut être facilement réveillé. Il est inconscient d'une partie ou de tous les éléments de l'environnement ou n'interagit pas spontanément avec l'intervieweur. Il interagit adéquatement avec le personnel seulement lorsqu'on le stimule de façon minimale.		
Stuporeux : le patient est difficile à réveiller, est peu conscient de certains ou de tous les éléments de l'environnement, a besoin de fortes stimulations pour interagir avec l'intervieweur; devient partiellement conscient si stimulé vigoureusement; peut être éveillé seulement par des stimuli vigoureux et répétés : dès que le stimulus cesse, le sujet stuporeux revient à un état inconscient.		
Comateux : le patient ne peut être réveillé, est inconscient des éléments qui l'entourent, n'a aucune interaction spontanée avec l'intervieweur ni conscience de celui-ci, ce qui rend toute entrevue impossible, et ce, même avec une stimulation maximale.		
Évaluation globale « CAM-ICU »		
(Caractéristiques 1 et 2 et caractéristique 3 ou 4) :		
	Oui _____	Non _____

ment de choix dans le traitement du délirium. 73% des répondants ont choisi l'halopéridol, 14% ont cité le lorazepam, tandis que les autres prescrivaient plutôt du propofol (dont l'usage n'a jamais été évalué pour le délirium) ainsi que d'autres médicaments. Aucune étude n'a examiné le rôle de l'intervention non pharmacologique (rassurance, distinction entre jour et nuit) en soins intensifs, et ce, malgré l'utilité prouvée de ce type d'intervention dans d'autres contextes⁽⁴⁶⁾. Certaines unités de soins intensifs canadiennes utilisent cependant les interventions non pharmacologiques en première ligne (P. Dotek, communication personnelle), et recommandent de rassurer avant tout le patient. Leur valeur, outre l'intuition qu'il s'agit d'une mesure initiale sensée, repose sur la faiblesse des coûts et des risques associés.

CONCLUSION

Le dépistage du délirium aux soins intensifs devrait être encouragé. La présence de ce trouble cognitif fluctuant prolonge le séjour aux soins intensifs, met

le patient à risque d'auto-extubation et de retrait de cathéters, et pourrait signaler un pronostic plus réservé à moyen et à long terme. La minimisation des sédatifs et des opiacées pourrait en faciliter le diagnostic; un patient plus éveillé a une pensée dont il est plus facile d'évaluer le contenu. Une association existe entre les opiacées, et peut-être les benzodiazépines, et la survenue du délirium. L'emploi conjugué de la co-analgésie non opiacée et d'un contact rassurant plutôt que le recours à l'intervention pharmacologique comme approche de première ligne pour les patients serait donc préférable. Puisque les recommandations relatives au traitement sont strictement empiriques en ce moment, quelle que soit l'intervention choisie, il est raisonnable d'adopter une approche prudente en titrant soigneusement la dose de médicaments et en évaluant l'évolution clinique du délirium. ■

Professeur Yoanna SKROBIK

Intensiviste, Hôpital Maisonneuve Rosemont,
5415 boul. de l'Assomption, Montréal, Qc H1T 2M4
Courriel : skrobik@sympatico.ca

* Les dix notes entrées dans l'échelle de sédation RASS varient de 4 (patient combattif) à 5 (patient profondément comateux et réfractaire). Les patients qui étaient spontanément alertes, calmes et non agités recevaient une note de 0 (zone neutre). Les patients anxieux ou agités se voyaient décerner les notes suivantes selon leur niveau d'anxiété : 1 pour un état anxieux, 2 pour un état agité (résistant au ventilateur), 3 pour un état très agité (tirer sur les cathéters ou les retirer), ou 4 pour un état combattif (violent et posant un danger au personnel). Les notes de -1 à -5 ont été attribuées aux patients sous divers degrés de sédation en fonction de leur capacité à soutenir un contact visuel : -1 pour plus de 10 secondes, -2 pour moins de 10 secondes et -3 pour une ouverture de l'œil sans contact visuel. Si une stimulation physique se révélait nécessaire, alors les patients recevaient une note de -4 pour une ouverture ou un mouvement de l'œil au moyen d'une stimulation physique ou douloureuse, ou de -5 pour aucune réponse à une stimulation physique ou douloureuse. L'échelle RASS a d'excellents coefficients d'objectivité (0,95) et de corrélation intraclasse (0,97); il a été validé en fonction d'une échelle analogue visuelle et de diagnostics gériopsychiatriques dans le cadre de deux études réalisées en SI.

Dans la partie visuelle de l'examen ASE, on a montré cinq illustrations simples aux patients à des intervalles de trois secondes en leur demandant de les retenir. On leur a immédiatement après montré 10 illustrations subséquentes et demandé de faire un signe positif ou négatif pour indiquer s'ils avaient ou non vu chacune des illustrations. Puisqu'on leur avait déjà montré cinq illustrations, pour lesquelles la bonne réponse était « oui », et que les cinq autres étant nouvelles, la bonne réponse consistait à indiquer « non », les patients ont enregistré un score parfait s'ils ont obtenu 10 bonnes réponses. La notation tenait compte des erreurs par omission (indiquer non pour une illustration déjà montrée) ou des erreurs commises (indiquer « oui » pour une illustration jamais montrée). Dans le cadre de la partie auditive de l'ASE, on a demandé aux patients de serrer la main du juge à chaque fois qu'ils entendaient la lettre A durant l'énumération d'une série de 10 lettres. L'évaluateur prononce alors 10 lettres de la liste suivante, d'un ton normal, à un rythme d'une lettre par seconde : S, A, H, E, V, A, A, R, A, T. Une méthode de notation semblable à celle utilisée dans la partie visuelle de l'ASE a été utilisée dans le cadre des tests auditifs de l'ASE.

Cette échelle peut être reproduite sans permission uniquement à des fins cliniques (ELY EW et al. JAMA, 2001, 286, p. 2707-2710).

Bibliographie (suite)

43. - Kim K, C Pae, J Chae, W Bahk and et T Jun. - *An Open Pilot Trial of Olanzapine for Delirium in the Korean Population*, 2001, Psychiatry and Clinical Neurosciences 55, p. 515-519.
44. - Breitbart W, et al. - *An Open Trial of Olanzapine for the Treatment of Delirium in Hospitalized Cancer Patients*, 2002, Psychosomatics 43, p. 175-182.
45. - Yoanna Skrobik, and al. - *Olanzapine vs. haloperidol in a critical care setting*; Intensive Care Medicine vol 30 (3) pp.440-4.
46. - Inouye SK, et al. *A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients*, New Engl Journal of Medicine, 1999, 340, p. 669-676.

Cet article a été soumis au comité de lecture d'Urgence Pratique et validé.