

# Réunion RSP 20/12/12

## Cas Clinique

Agitation, confusion et fin de vie



- **Mr S. 80 ans**
  - Vit avec sa sœur, à domicile, autonome
  - **ATCD : Cardiopathie ischémique stentée, Insuffisance cardiaque terminale**
  - **Traitement : LASILIX 500 2-2-0 ESIDREX 25 1-0-0 DISCOTRINE, Défibrillateur**

- Hospitalisation pour décompensation cardiaque le 15/10/12
- A son Entrée:
  - Dyspnée, OMI, Troubles cognitifs, Agitation
  - Clairance= 25 / BNP=3300
- Pas de modification du traitement à visée cardio, instauration
  - LEXOMIL 1/2 matin midi et soir et STILNOX I au coucher

# Motif d'intervention:

- Médiation avec la sœur du patient suite à des propos racistes tenus par cette dernière sur le voisin de Mr S. La sœur demande une chambre seule, refusée du fait de ce motif .
- Equipe soignante dans la confrontation avec le patient et sa famille


# Intervention le 24/10

- Evaluation :
  - Agitation psycho motrice, désorientation temporo spatiale, angoisse. Plaintes algiques non localisées difficiles à faire préciser, Troubles du sommeil
- Proposition:
  - Arrêt LEXOMIL et STILNOX, Institution SERESTA 10 I-I-I , HALDOL 30 gttes au coucher, DUROGESIC 12
- Absence d'amélioration, persistance de cris continus, inversion du rythme nyctéméral

# Rencontre avec la Famille

- Rencontre avec la sœur et la nièce du patient.
  - conscientes du pronostic, décision de demande de placement en SSR LISP.
    - RAD impossible.
- Demandes multiples et permanentes de la sœur auprès de l'équipe concernant l'évolution clinique mais également afin de pouvoir parler et avoir un interlocuteur.
- Détresse psychologique, angoisse, dépression chez la sœur.... Demande de SSR pour cette dernière

- Le 31/10 Avis Psychiatrique demandé :
  - Arrêt des benzodiazépines : EFFET PARADOXAL ?
  - THERALENE 10 gttes le soir
- Absence d'amélioration
  - Dégradation avec épuisement de l'équipe soignante, dysfonctionnement du service avec réveil de tous les patients
- Perte progressive de l'autonomie, patient ne marchant plus, transferts seulement effectués.

- 
- Pas de disponibilité en SSR LISP dans l'immédiat
  - Sœur de plus en plus angoissée, appel plusieurs fois par jour et menace de se suicider auprès de l'IDE.
  - Soutien Psycho



- Le 06/11:
  - Proposition LOXAPAC 20 gttes le soir et 10 gttes si besoin
- Amélioration partielle sur le plan de l'agitation mais poursuite de l'altération de l'état général notamment sur le plan respiratoire. Patient grabataire K 20%

- Le 09/11
  - Patient somnolent, confus avec des épisodes de réveils agités; le patient exprime clairement la sensation d'étouffer, à l'examen, polypnée majeure avec angoisse.
- Proposition de sédation (anxiolyse)  
HYPNOVEL 15 mg en S/C au PSE sur 24h

# CONCLUSION

- Agitation en fin de vie, difficulté dans la gestion des symptômes.
- Souffrance psychologique et troubles cognitifs ?
- Ecoute et accompagnement de l'entourage
- Epuisement de l'équipe référente et équipe ressource...

# Prévalence

- 40-50% des admissions en soins palliatifs
- 80-85% des patients en phase terminale

# Formes cliniques

## Forme hyperactive (« hyperdelirium »)

- agitation, hyperactivité
- hypervigilance
- tachypsychie
- troubles des perceptions  
(hallucinations, délire) +++
- syndrome de sevrage

## Forme hypoactive (« hypodelirium »)

- diminution de la vigilance
- ralentissement majeur
- léthargie, somnolence
- stupeur, bradypsychie
- absence, perplexité, repli
- lenteur de réponse aux sollicitations, apragmatisme
- troubles des perceptions rares
- encéphalopathies

# Etiologies

- Iatrogène :

Morphine et autres opiacés, Benzodiazépines, Scopolamine, Corticoïdes,  
Syndromes de sevrage

En pratique tout médicament doit être suspecté même s'il n'est pas, à priori confusiogène

- Organique :

Douleur

Constipation, fécalome , Rétention urinaire

Tumeurs cérébrales (surtout gliomes et lymphomes), méningite carcinomateuse, toutes causes d'hypertension intracrânienne, épilepsie

Syndrome paranéoplasique pour les cancers du poumon et du sein

Hyperthermie, infection, anoxie cérébrale (AVC, hématome sous-dural, anémie)

Troubles métaboliques

Troubles endocriniens: hyperthyroïdie, hypercorticisme, phéochromocytome

- Psychique

Repli et isolement psychique dans le cadre d'une dépression

Démences, psychoses

**Tableau 1** Bonnes pratiques pour le contrôle de la confusion mentale en soins palliatifs.  
*Guidelines for delirium management in palliative care.*

*Approche préventive*

- Identification et traitement des facteurs précipitants : infection, traumatisme, iatrogénie
- Identification des groupes à risque : sujets âgés, opérés récents, sujets palliatifs
- Arrêt de toutes les médications psychoactives non indispensables
- Préservation des fonctions cognitives et monitoring si altération
- Préservation des fonctions sensorielles : port de lunettes, appareil auditif
- Maintien des repères temporo-spatiaux : calendrier, horloge, objets personnels
- Prophylaxie des troubles digestifs (nausées, constipation) et urinaires (rétention)

*Approche symptomatique*

- Cibler les traitements sur le contrôle des symptômes : agitation, hallucinations, délire
- Hydratation et nutrition
- Rotation des opioïdes ou changement de posologie des antalgiques
- Utilisation de molécules antipsychotiques si nécessaire ± anxiolytiques

*Approche environnementale*

- Limitation des stimuli visuels et auditifs
- Assurer la sécurité du patient, de l'entourage et des soignants

*Approche étiologique*

- Recherche a minima dans un contexte palliatif et d'étiologies incurables
- Recherche ciblée en cas d'étiologies curables
- Évaluation permanente du ratio bénéfices/risques tant des investigations que des traitements étiologiques à proposer

*Approche « supportive » (soutien et accompagnement)*

- Débriefing de l'épisode confusionnel : ventilation des émotions et ressentis par le patient
- Éducation et soutien de l'entourage familial
- Éducation du personnel soignant : dépistage et prévention

# Thérapeutiques médicamenteuses

## 6.3.1 Neuroleptiques traditionnels

- Halopéridol (Haldol®):
  - utilisé en première intention dans le traitement du delirium, excepté lors de sevrage de benzodiazépines ou d'alcool:
  - delirium léger à modéré: PO/SC 0,5-2 mg/8-12 h + 3 réserves à doses équivalentes, à titrer rapidement selon réponse clinique,
  - delirium sévère: SC/IV 0,5 mg/30-60 min. jusqu'à obtention de l'effet recherché; dose de maintenance = 50% dose des 24 premières heures,
  - très peu sédatif par rapport aux phénothiazines,
  - PO 1 mg = SC 0,5 mg.



## La question de la sédation terminale

En cas de confusion mentale dite irréversible, c'est-à-dire que ni le traitement symptomatique ni le traitement étiologique ne sont efficaces, va se poser la question d'une thérapeutique d'exception appelée la sédation terminale. Plus de la moitié des médecins soulignent l'importance de ce type de sédation pour contrôler des symptômes psychologiques, une agitation, une angoisse, une confusion [20,39]. Dix à 20 % des patients confus en phase terminale ne répondent pas au traitement par neuroleptiques classiques et vont alors nécessiter la mise en route d'une sédation dite « terminale ».

Selon certaines études, de 16 % [20] à 54,5 % [40] des patients palliatifs ont besoin d'une sédation pour contrôler la douleur et la confusion mentale en fin de vie.

Les recommandations de l'Afssaps [41] sont d'utiliser le midazolam en bolus de 0,05 à 0,2 mg/kg en sous-cutanée ou en intraveineux afin de soulager la souffrance sans forcément abrégé la vie.