



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



ÉTUDE ORIGINALE

Dépistage du syndrome confusionnel en soins palliatifs : étude prospective à l'aide de l'échelle Nu-Desc (*Nursing Delirium Screening Scale*) au centre hospitalier universitaire de Grenoble

Screening of delirium in palliative care: Prospective study by means of the scale Nu-Desc (*Nursing Delirium Screening Scale*) to the teaching hospital of Grenoble



**Nathalie Guihard^{a,*},¹, Laetitia Stefani^b,
Marie-Laure Villard^c, Mireille Mousseau^d**

^a *Réadaptation cardiaque, CMC Les Petites Roches, CHU de Grenoble, 38660 Saint-Hilaire-du-Touvet, France*

^b *Service d'oncohématologie, centre hospitalier de la région d'Annecy, 1, avenue de Tresum, B.P. 2333, 74011 Annecy cedex, France*

^c *Équipe mobile de soutien et de soins palliatifs, CHU de Grenoble, B.P. 217, 38043 Grenoble cedex 9, France*

^d *Service d'oncologie médicale, CHU de Grenoble, B.P. 217, 38043 Grenoble cedex 9, France*

Reçu le 3 juillet 2007 ; accepté le 19 octobre 2007

Disponible sur Internet le 6 mars 2008

MOTS CLÉS

Soins palliatifs ;
Syndrome
confusionnel ;
Échelle Nu-Desc

Résumé Le syndrome confusionnel est une complication fréquente chez les patients atteints de cancers à un stade avancé. Sa prévalence est importante et ses retentissements sur la qualité de vie et le pronostic sont majeurs. Il est source de grande souffrance pour le patient, sa famille, ainsi que pour les soignants. L'objectif principal de cette étude est de démontrer l'intérêt d'une échelle de dépistage systématique du syndrome confusionnel utilisée par les soignants : améliore-t-elle le repérage de la confusion chez les patients atteints de cancers métastatiques et en soins palliatifs ? Elle a été utilisée pendant trois mois et demi auprès des patients admis dans l'unité d'oncologie médicale du CHU de Grenoble. Vingt-deux patients sur 73 ont été dépistés et confirmés confus, soit 30 % grâce à l'échelle Nu-Desc, ce qui est significativement plus grand que le nombre de 11 patients (sur 89) avec syndrome confusionnel diagnostiqués sans l'échelle ($p=0,0047$). Dans notre étude, chez les patients exempts d'atteinte cérébrale,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : NGuihard@chu-grenoble.fr (N. Guihard).

¹ Photo.

le type de syndrome confusionnel le plus fréquemment rencontré est hyperactif, alors que le type hypoactif est plus souvent retrouvé chez les patients avec une lésion cérébrale. Au total, l'échelle Nu-Desc semble améliorer le dépistage du syndrome confusionnel des patients atteints de cancer et en soins palliatifs, mais ce résultat mériterait d'être confirmé sur une plus grande population.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Palliative care;
Delirium;
Nu-Desc

Summary Delirium is a frequent complication in patients with advanced cancer. Its prevalence is important and its impact about quality of life and prognosis is major. It is the origin of much suffering for patients, family and staff. The principal objective of this study is to show the interest of a systematic screening scale of delirium by the nurses (Nursing Delirium Screening Scale [Nu-Desc]). It improves spotting of delirium in patients with metastatic cancer and palliative care. This scale was used during three months and a half close to patients admitted in the medical oncology unit of the Grenoble teaching hospital. Twenty-two patients about 73 were screened and confirmed, that is to say 30% thanks to the Nu-Desc, what is significantly higher than the number of 11 patients (about 89) with delirium diagnosed without the scale. During our study, about patients exempts of brain damage, the subtype of delirium most frequently found is hyperactive. Whereas the hypoactive delirium is most often found about patients with cerebral damage. Sum total, the Nu-Desc appears improve the screen of delirium about patients with cancer and in palliative care. But this result needs to be confirmed with a higher population.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le syndrome confusionnel aigu est fréquemment rencontré en soins palliatifs ou en cancérologie. Il se caractérise par une altération de la compréhension, de la cohérence et des capacités de raisonnement [1]. Les taux de prévalence varient de 13 % chez des patients adressés à une consultation de psycho-oncologie [2] à 42 % lors d'un dépistage systématique à l'admission dans une unité de soins palliatifs aigus [3]. La fréquence de ce syndrome augmente jusqu'à 88 % en phase terminale de cancer dans cette unité [3].

Il existe deux formes de syndrome confusionnel [4] : la forme hypoactive (sommolence, diminution de la vigilance) et la forme hyperactive (agitation, hallucinations, hyperalgésie). Un troisième type clinique, appelé la forme mixte, est caractérisé par une alternance des deux autres.

Ce trouble mental engendre une détresse émotionnelle importante chez les patients, l'entourage et les soignants. Or, il est souvent mal diagnostiqué, ce qui entraîne un retard à la mise en œuvre de la thérapeutique. L'amélioration du diagnostic permettrait une prise en charge plus précoce, avec comme objectif principal l'amélioration de la qualité de vie chez ces patients gravement malades. Un nouvel outil, l'échelle Nursing Delirium Screening Scale (Nu-Desc) ou échelle de dépistage du delirium (EDD) écrite en français, a été développé récemment par une équipe canadienne [5] (Annexe 1).

L'objectif principal de cette étude est de démontrer l'intérêt d'une échelle de dépistage systématique du syndrome confusionnel utilisée par les soignants : améliorer-elle le repérage de la confusion chez les patients atteints de cancers métastatiques et en soins palliatifs ?

Les objectifs secondaires sont d'établir un descriptif de la population avec les étiologies de la confusion, le pourcentage de patients avec confusions hyperactives et hypoactives, leur devenir, les traitements reçus au moment du diagnostic de la confusion, son diagnostic étiolo-

gique, sa prise en charge et son évolution. Existe-t-il des éléments annonciateurs de la survenue d'une confusion mentale, dans le dossier médical ou infirmier, tels que l'insomnie, l'apparition de propos incohérents par moment, l'installation d'une anxiété ou d'autres signes ?

Matériel et méthode

La population étudiée est constituée de tous les patients atteints de cancer métastatique du service d'oncologie médicale du département de cancérologie et d'hématologie du centre hospitalier universitaire de Grenoble.

Tous les patients atteints d'un glioblastome ont été inclus de façon systématique en raison du mauvais pronostic de cette tumeur. L'âge minimum d'inclusion est de 18 ans.

Les critères d'exclusion sont une démence évolutive connue et une communication impossible, en raison d'une barrière de la langue infranchissable, une aphasie importante, une trachéostomie.

L'étude a consisté en un dépistage systématique du syndrome confusionnel grâce à une nouvelle échelle de dépistage, l'échelle Nu-Desc, avec l'accord de l'auteur [5].

Le choix de cet outil a été motivé par le fait que c'est un outil de dépistage de la confusion et non d'évaluation de la sévérité, disponible et validé en français, facile et rapide à utiliser, avec une sensibilité et une spécificité correctes (respectivement 85,7 et 86,8 %) et la possibilité d'une évaluation sur tout le nyctémère.

Le comportement de chaque patient inclus est évalué par une infirmière toutes les huit heures. L'échelle est consignée dans le dossier infirmier des patients.

En cas de dépistage positif, c'est-à-dire de score égal ou supérieur à 2 sur l'échelle Nu-Desc, le diagnostic est confirmé par un médecin. Celui-ci intervient si possible dans les 24 à 48 heures qui suivent le dépistage. Le diagnostic est posé lors d'un interrogatoire testant les capacités cogni-

tives, l'attention et la mémoire du patient selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) qui constituent aujourd'hui la référence [6–8].

Nous recherchons la présence de facteurs annonciateurs de syndrome confusionnel dans les dossiers infirmiers des patients confus. Nous retenons les mots clés suivants : confus, incohérent, agité.

La durée totale de l'étude prospective a été de 15 semaines. Elle a eu lieu du 7 avril 2006 au 21 juillet 2006, soit trois mois et demi.

Un travail rétrospectif est également effectué sur la même durée que l'étude prospective, soit 15 semaines, du 16 décembre 2005 au 31 mars 2006. Ce travail consiste en une étude des dossiers des patients répondant aux critères d'inclusion.

Cela permet d'obtenir, d'après l'étude des dossiers médicaux, le nombre de cas de syndrome confusionnel diagnostiqués sur cette période. Les critères d'inclusion sont les mêmes que ceux de l'étude prospective et les mots clés choisis pour établir de façon rétrospective le diagnostic de syndrome confusionnel sont les suivants :

- confusion ;
- ralentissement psychomoteur (toujours utilisé en association avec l'un des autres mots clés) ;
- agitation ;
- trouble des fonctions supérieures.

Nous utilisons le test de comparaison de deux proportions [9] à l'aide du logiciel « R ».

Résultats

Travail rétrospectif

Dans cette première partie, la population étudiée est de 89 patients au total. Onze patients ont ainsi été repérés comme confus, soit 12 % des 89 dossiers étudiés. La moyenne d'âge est de 66,8 ans et la médiane de 67 ans ($55 < x < 83$). Les types de cancer rencontrés sont les suivants :

- trois cas de glioblastome ;
- deux de néoplasie du sein ;

Tableau 1 Récapitulatif de la population étudiée.
Summary of the studied population.

Nombre de patients inclus	73
Nombre de patients exclus	3
Nombre de patients	33
Avec échelle Nu-Desc positive dont	
Non confirmés	3
Faux positifs	8
Échelle positive et diagnostic confirmé par médecin	22 (30 %)
Types de syndrome confusionnel rencontrés chez les 22 patients avec confusion	
Hypoactif	12 (54 %)
Hyperactif	5 (23 %)
Mixte	5 (23 %)
Provenance des 22 patients avec confusion	
Domicile	18
Soins de suite	4
Types de cancer des 22 patients avec confusion	
Glioblastome	6
Cancer génito-urinaire	6
Néoplasie respiratoire	4
Cancer digestif	4
Autres	2
Atteinte cérébrale chez les 22 patients avec confusion	
Métastase	7 (32 %)
Absence métastase	9 (41 %)
Tumeur cérébrale	6 (27 %)
Antécédents des 22 patients avec confusion ($n > 22$, car plusieurs possibles)	
Pas d'antécédent notable	16
Syndrome confusionnel	4
Intoxication oenolique	1
Syndrome dépressif	1
Alcoolisme sévère	1
Maladie bipolaire	1
Utilisation de benzodiazépine	1

- deux de cancer du côlon ;
- un cas de cancer du rein ;
- un cas de néoplasie pulmonaire ;
- un carcinome de primitif inconnu.

Quatre patients avaient des métastases cérébrales. Un mois après la fin de l'étude rétrospective, quatre patients étaient décédés et sept étaient encore en vie.

Étude prospective

Le nombre de patients inclus est de 73.

Le nombre de patients dépistés et confirmés confus est de 22, soit 30 %.

Le taux de remplissage de l'échelle Nu-Desc par les infirmières est de 56,8 %.

Le **Tableau 1** récapitule les caractéristiques de la population étudiée, dont la moyenne d'âge des patients inclus est de 59,5 ans ($34 < x < 84$) et constituée de 12 hommes (55 %) et dix femmes (45 %).

En ce qui concerne les facteurs annonciateurs de la confusion mentale dans le dossier infirmier (mots clés : confus, incohérent, agité), on constate que parmi les 22 patients confus, quatre ont été hospitalisés pour un syndrome confusionnel. Parmi les 18 autres, on relève des facteurs annonciateurs de confusion dans le dossier infirmier pour 13 patients (13/18, soit 72 %), ce qui n'est pas le cas pour les cinq autres (5/18, soit 28 %).

Le traitement reçu par les 22 patients confus au moment du diagnostic de syndrome confusionnel est variable selon le type de cancer, la présence ou l'absence de métastase et les pathologies intercurrentes éventuelles, telle qu'une infection. Chaque patient a reçu plusieurs thérapeutiques, tels qu'une corticothérapie (13 cas), un traitement par morphiniques (12 cas), une chimiothérapie (11 cas), des benzodiazépines (neuf cas), des psychotropes (huit cas), des antiépileptiques (huit cas), une antibiothérapie (six cas) ou un traitement neuroleptique (trois cas).

Les étiologies sont nombreuses et parfois, plusieurs peuvent être associées : dix patients avaient une seule étiologie suspectée, soit 45 %, sept patients avaient deux étiologies (32 %) et deux patients (9 %) en avaient trois. Enfin, l'étiologie est restée inconnue pour trois patients (14 %). La cause la plus fréquente est une atteinte infectieuse, avec huit patients touchés sur 22, suivie de près par les métastases cérébrales et les tumeurs cérébrales, en cause respectivement chez six patients et déjà connues avant le diagnostic de syndrome confusionnel. On note que la présence de métastases cérébrales n'est pas obligatoirement une étiologie du syndrome confusionnel : sept patients en étaient porteurs et dans un cas, les métastases cérébrales ne sont pas suspectées être responsables de la confusion mentale (**Tableau 2**).

La prise en charge du syndrome confusionnel de ces 22 patients dépend de l'étiologie suspectée de la confusion, de l'état général du patient et du pronostic de la maladie initiale : un patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale d'une métastase cérébrale, un autre d'une chimiothérapie spécifique. Parmi les six patients qui ont bénéficié de l'introduction de neuroleptiques, deux ont été trai-

Tableau 2 Étiologies des confusions mentales des 22 patients inclus (plusieurs étiologies associées possibles).
Delirium's etiologies of 22 included patients (several possible associated etiologies).

Étiologies	Nombre de patients (n = 22)	Pourcentage (%)
Infection	8	24
Métastase cérébrale	6	17
Tumeur cérébrale	6	17
Inconnue	3	9
Encéphalopathie hépatique	3	9
Surdosage morphinique	2	6
Hémorragie méningée	1	3
Gayet Wernicke	1	3
Déshydratation	1	3
Rétention urinaire	1	3
Polymédication	1	3
Méningite carcinomateuse	1	3
Total	34	

tés par de l'halopéridol (Haldol®), deux par du tiapride (Tiapridal®), un par de la cyamémazine (Tercian®) et le dernier par l'association tiapride et chlorpromazine (Largactil®) (**Tableau 3**).

L'évolution du syndrome confusionnel à une semaine est marquée par une stagnation de ce syndrome dans la moitié des cas, une aggravation pour un peu plus d'un tiers des personnes (36 %) et une amélioration pour trois patients, soit 14 %.

Le devenir des patients est marqué par le décès dans 77 % des cas, soit à l'hôpital pour 14 patients, soit plus rarement à domicile, pour trois patients. Au 21 août 2006, soit un mois après la fin de l'inclusion, cinq patients étaient encore en

Tableau 3 Type de prise en charge des 22 patients avec confusion mentale (plusieurs étiologies associées possibles).
Type of care of 22 patients with Delirium (several possible associated etiologies).

Prise en charge	Nombre de patients (n = 22)	Pourcentage (%)
Hydratation	10	25
Introduction neuroleptique	6	15
Augmentation corticoïde	6	15
Introduction antibiotique	6	15
Introduction corticoïde	4	9
Diminution morphinique	3	7
Rotation morphinique	2	4
Introduction benzodiazépine	2	4
Diminution corticoïde	1	2
Chimiothérapie	1	2
Exérèse chirurgicale	1	2
Total	42	

vie (23%), dont un en institution (soins de suite) et quatre résidaient à domicile.

La durée moyenne entre l'entrée dans le service d'hospitalisation et la survenue du syndrome confusionnel est de 6,2 jours en moyenne ($0 < x < 25$). Le délai moyen du diagnostic est de 2,5 jours ($0 < x < 18$). La moyenne de durée de vie entre le moment où le diagnostic de syndrome confusionnel a été porté et le décès est de 21,6 jours ($2 < x < 80$).

Sous-groupe des neuf patients exempts d'atteinte cérébrale

Nous avons séparé les patients porteurs d'une atteinte cérébrale de ceux qui en sont épargnés afin de constater s'il existe des caractéristiques communes aux patients exempts d'atteinte cérébrale.

La moyenne d'âge est de 65,6 ans. Il y a cinq femmes et quatre hommes. Quatre patients étaient porteurs d'un cancer d'origine digestive, trois d'un cancer génito-urinaire, un patient d'un cancer ORL et le dernier d'une néoplasie respiratoire. Les étiologies du syndrome confusionnel dans ce sous-groupe sont principalement une encéphalopathie hépatique (trois cas), une infection (trois cas) et inconnue dans trois cas.

Chez les patients exempts d'atteinte cérébrale, le type de syndrome confusionnel le plus fréquemment rencontré était hyperactif : on l'a retrouvé dans cinq cas. Le type hypoactif était présent chez trois patients et le type mixte chez un seul patient.

La prise en charge de la confusion chez ces patients a consisté surtout en une hydratation (six cas, 29%), puis une diminution des morphiniques (trois cas, 13%) et l'introduction d'antibiotique (trois cas, 13%). La moyenne de durée de vie est de 17,5 jours, après le diagnostic de confusion mentale ($2 < x < 39$). Le devenir est marqué par le décès dans huit cas, dont cinq au CHU et trois à domicile. Un seul patient était encore en vie au 21 août 2006.

Discussion

Biais

Au cours de ce travail, nous avons dû faire face à de nombreuses difficultés et l'interprétation des résultats doit être tempérée par les biais rencontrés.

L'une des difficultés est constituée par le manque de disponibilité du médecin enquêteur principal. Cela est certainement responsable de perte d'informations et de non-reconnaissance de certains syndromes confusionnels comme en témoigne la différence entre la population incluse de l'étude rétrospective (89 patients) par rapport à la population de l'étude prospective (73 patients), soit une perte de 18%.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu mesurer la durée des épisodes de syndrome confusionnel, ni dépister une éventuelle récurrence confusionnelle. Cependant, nous avons suivi en partie l'évolution de la confusion grâce au dossier infirmier.

Enfin, l'une des difficultés majeures de l'étude est le temps nécessaire au diagnostic d'une confusion, particulièrement pour le syndrome confusionnel de type

hypoactif. De même, les hallucinations, très souvent présentes mais rarement exprimées spontanément par le patient, doivent donc systématiquement être recherchées par les médecins.

Objectifs

La question principale de cette étude est : « Est-ce que l'usage de l'échelle de dépistage Nu-Desc du syndrome confusionnel en améliore le diagnostic ? ». L'étude statistique montre que la réponse est positive.

Le nombre de syndrome confusionnel diagnostiqués grâce à l'échelle Nu-Desc est significativement plus grand que le nombre de syndrome confusionnel diagnostiqué sans l'échelle, cela avec un pourcentage d'erreurs acceptées de 5 et 1% ($p = 0,0047$).

Cette amélioration du dépistage et du diagnostic du syndrome confusionnel est liée au remplissage de l'échelle en lui-même, mais il y a certainement une part due à l'attention portée à la confusion mentale du fait même de la mise en place de l'étude.

Le dossier infirmier : l'un des apports de cette étude est de montrer la présence, dans près de trois cas sur quatre, de facteurs annonciateurs de syndrome confusionnel dans ce dossier. Celui-ci est donc une source potentielle de renseignements importants pour les médecins, avec une grande pertinence des observations relevées par les infirmières en ce qui concerne les comportements des patients. Leur lecture revêt donc une grande importance.

L'échelle Nu-Desc

Bien que l'échelle Nu-Desc soit rapide à remplir, le faible taux de remplissage par les infirmières (56,8%) peut s'expliquer par différents points :

- un manque de formation spécifique sur l'usage et l'intérêt de l'échelle ;
- un manque de temps des infirmières, déjà très sollicitées ;
- l'importance du travail administratif qui leur incombe, le temps alloué au remplissage de l'échelle n'étant alors pas prioritaire.

Une hypothèse au nombre important de faux positifs retrouvés (huit) est le délai du diagnostic trop long qui est de 2,5 jours en moyenne entre le dépistage et la confirmation du diagnostic par le médecin. On peut ainsi penser que certains patients présentaient bien un syndrome confusionnel, mais non diagnostiqué soit du fait d'un amendement spontané (épisodes très fugaces?), soit du fait de la fluctuation des symptômes.

L'étude de la sensibilité et de la spécificité n'a pas été faite, car il n'a pas été possible pour les médecins de rencontrer tous les patients inclus dans l'étude. Nous n'avons donc pas pu dépister les faux négatifs. Il reste néanmoins que l'échelle Nu-Desc est une échelle d'hétéroévaluation, donc particulièrement intéressante dans un contexte de soins palliatifs.

Il serait intéressant d'utiliser cette échelle dans d'autres services accueillant des patients atteints de cancer métastatique. L'intérêt est double : d'une part, cela permettrait d'améliorer le diagnostic des syndromes confusionnels, et

d'autre part, cela mettrait en lumière cette pathologie souvent méconnue, avec possibilité de réflexion des équipes autour de la prise en charge, de la contention (physique ou non) et de la relation aux familles.

Le syndrome confusionnel : incidence, types et étiologies

L'incidence du syndrome confusionnel dans cette étude prospective est de 30%, ce qui est proche des 32,8% de l'étude de Gagnon et al. [10] portant sur 71 patients admis dans un centre dédié aux soins des personnes atteintes de cancer en phase terminale. Il est également très proche des 27,7% de syndromes confusionnels retrouvés par Caraceni et al. dans leur étude portant sur 393 patients [11].

Dans notre étude, plus de la moitié des cas (54%) sont constitués par le type hypoactif, ce qui est bien inférieur au taux de 78% enregistré dans l'étude de Spiller et Keen [12].

En revanche, ce pourcentage est supérieur à celui de 43% retrouvé dans l'étude de Lawlor [13] et concernant 56 patients, dont sept (soit 12,5%) avec des métastases cérébrales. Il n'y a pas eu d'étude de la relation entre la présence de métastase cérébrale et le type hypoactif du syndrome confusionnel. Les populations étudiées sont sensiblement identiques et effectuées, pour les deux études citées, dans des unités de soins palliatifs. Cependant, les moyens diagnostiques sont propres à chaque étude, ce qui explique vraisemblablement de tels écarts. Par ailleurs, le pourcentage de syndrome confusionnel de type hyperactif est de 23%, ce qui est proche des 20% observés dans l'étude rétrospective de Morita et al. qui portait sur 284 patients d'une unité de soins palliatifs [14].

La conclusion que l'on peut tirer est que notre étude confirme la prédominance du type hypoactif, dans une unité de cancérologie générale. Par ailleurs, il y a vraisemblablement une surreprésentation de la population des glioblastomes qui semblent pris en charge, principalement, dans ce service de cancérologie médicale.

En ce qui concerne les étiologies, cette étude a trouvé une cause unique dans plus de cas que l'étude de Cobb et al. [15]. En effet, leur étude rétrospective retrouvait une cause unique dans 33% des cas et deux causes ou plus dans 57%. Nous avons trouvé respectivement 45 et 46%. Leur étude portait sur 210 patients, contre 73 dans notre étude : bien que rétrospective, leur étude semble plus fiable sur le plan statistique. Mais le pourcentage de cause non retrouvée est du même ordre de grandeur, soit 10% dans l'étude de Cobb contre 14% dans notre étude.

Évolution et devenir

La survenue du syndrome confusionnel a lieu en moyenne dans la première semaine d'hospitalisation (6,2 jours). Son évolution est assez péjorative, avec une amélioration très faible (14%) de la symptomatologie à une semaine et 36% de patients décédés après deux semaines d'évolution. La médiane de survie est de 13 jours, ce qui est proche des chiffres de dix et 12 jours retrouvés respectivement dans les études de Morita et al. [16] et Gagnon et al. [10]. Ces chiffres ont fait suggérer à Morita que le syndrome confusionnel pourrait faire partie intégrante du processus du mourir. Étant donné le peu de cas disponibles dans notre étude et la grande variabilité individuelle du délai entre la survenue de la confusion et le décès (de deux à 80 jours), il n'est pas possible de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

En revanche, notre étude confirme le pronostic très péjoratif de la survenue d'un syndrome confusionnel, puisque 18 des 22 des patients (77%) sont décédés à la date du 21 août 2006.

Sous-groupe des neuf patients confus exempts d'atteinte cérébrale

La quasi-totalité des patients (sept sur neuf) exempts d'atteinte cérébrale recevaient des morphiniques, contre 12 sur 22 dans le groupe total : il y a donc une très nette prédominance de l'utilisation des morphiniques dans ce sous-groupe.

On ne retrouve pas d'étiologie prédominante, mais on note que les deux personnes dont le surdosage morphinique a expliqué la survenue du syndrome confusionnel font partie de ce groupe de patients sans atteinte cérébrale. On est donc un peu étonné de retrouver un seul cas de rotation morphinique dans les types de prise en charge. Cela peut signifier que la rotation morphinique n'est peut-être pas encore pratiquée suffisamment, mais la petitesse de l'échantillon incite à la prudence quant à l'interprétation de ces résultats.

Les trois patients pour lesquels aucune étiologie n'a été retrouvée, n'ont pas d'atteinte cérébrale : s'agit-il de cas de syndrome confusionnel « psychogène » ? Les trois patients sont décédés, avec des délais de quatre, 11 et 37 jours. Une hypothèse formulée par Reich et Lassaunière est que la confusion mentale pourrait intervenir comme un mécanisme d'adaptation qui permettrait à un patient en apparence déstructuré, de se réorganiser psychiquement. La confusion mentale représenterait ainsi « un mode relationnel possible face à cette réalité trop difficile » [17].

Tableau 4 Types de confusion mentale chez les patients avec cancer et atteinte cérébrale ou non ($n = 22$).
Types of delirium at the patients with cancer and brain damage or not ($n = 22$).

Type de confusion mentale	Atteinte cérébrale	Pas d'atteinte cérébrale	Total
Forme hypoactive	9	3	12
Forme hyperactive	0	5	5
Forme mixte	4	1	5
Total	13	9	22

Le type hyperactif seul est prédominant (cinq cas sur neuf patients) et est présent uniquement dans ce sous-groupe (Tableau 4). Il est donc absent dans le groupe des patients avec atteinte cérébrale où l'on retrouve majoritairement le type hypoactif (neuf sur 13 patients) et quelques cas mixtes (quatre sur 13).

On peut donc avancer que le type hypoactif, souvent mal diagnostiqué, est à redouter surtout chez les patients porteurs d'une atteinte cérébrale, qu'elle soit primitive ou secondaire, ce qui mériterait aussi d'être confirmé par d'autres études.

La durée de vie après le diagnostic de confusion est plus faible dans le sous-groupe des patients sans atteinte cérébrale : elle est de 17,5 jours, contre 21,6 jours dans le groupe total. Cela semble signifier un pronostic plus péjoratif à court terme chez les patients sans lésion cérébrale. Ce résultat paraît confirmé par le devenir des patients exempts d'atteinte cérébrale : un seul patient est encore en vie le 21 août, contre quatre chez les patients porteurs d'atteinte cérébrale. Cependant, ces différences ne sont pas statistiquement significatives : ce sont des tendances mises en évidence mais non prouvées. Pour obtenir une certitude statistique, il est nécessaire d'effectuer des études sur de plus grandes populations, le faible effectif de notre étude représentant un biais non négligeable.

La confusion mentale est un indicateur d'une évolution péjorative chez les patients atteints de cancer en phase avancée ou terminale, mais ce syndrome a-t-il un rôle direct dans cette évolution péjorative ? Pourquoi la confusion mentale survient-elle si souvent dans les derniers jours de vie ? Et quelle prise en charge proposer ? Faut-il la « respecter » dans certaines situations, c'est-à-dire ne pas la traiter ? Or, la confusion génère beaucoup d'anxiété chez le patient, mais aussi chez l'entourage familial et les soignants, ce qui peut aggraver la confusion : ne faut-il pas, le plus souvent, donner un traitement contre l'anxiété ?

Conclusion

Le syndrome confusionnel chez les patients atteints de cancers métastatiques est un problème fréquent, complexe, multifactoriel, qui peut assombrir fortement le pronostic. Les conséquences sur la vie du patient, de sa famille et de l'équipe soignante en service hospitalier sont majeures. Les modes relationnels sont bouleversés et demandent souvent à être réinventés pour maintenir une communication de qualité dans cette période particulière de fin de vie. Cette période de confusion mentale est souvent vécue comme génératrice de détresse par les patients, leurs familles et les soignants.

Or, cette pathologie est souvent méconnue et mal diagnostiquée, principalement en ce qui concerne les formes hypoactives, peu bruyantes, mais qui peuvent être tout aussi angoissantes et mal vécues que les formes hyperactives ou agitées.

L'échelle Nu-Desc est un outil de dépistage de la confusion mentale développé récemment : adaptée au contexte particulier de cancer au stade avancé, facile et rapide à remplir, elle peut être intégrée dans la routine d'un service de soins.

L'étude prospective menée dans le service d'oncologie médicale du département de cancérologie et d'hématologie du centre hospitalier universitaire de Grenoble montre que cette échelle permet d'améliorer significativement (p valeur = 0,0047) le diagnostic de la confusion mentale, ce qui en fait un outil particulièrement intéressant en pratique clinique.

Le type hypoactif de la confusion mentale prédomine, particulièrement chez les patients avec lésion cérébrale, peut-être parce que celle-ci se développe progressivement. Ces résultats demandent à être confirmés dans d'autres unités de soins de cancérologie ou de soins palliatifs et sur de plus grandes populations.

Annexe 1. ECHELLE NU-DESC
Appendix 1 : SCALE NU-DESC

Date (mois, jour)												
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Désorientation												
Comportement inapproprié												
Communication inappropriée												
Illusions / Hallucinations												
Ralentissement physique / mental												
Pointage par période												
Si N.E., écrire : a = sommeil naturel ; b = sédation induite ; c = stupeur ou coma ; d = autres												

Date (mois, jour)												
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Désorientation												
Comportement inapproprié												
Communication inappropriée												
Illusions / Hallucinations												
Ralentissement physique / mental												
Pointage par période												
Si N.E., écrire : a = sommeil naturel ; b = sédation induite ; c = stupeur ou coma ; d = autres												

Codage: 0 = comportement absent pendant la période de travail.

1 = comportement présent pendant la période de travail, mais peu prononcé, ni en durée ni en intensité.

2 = comportement présent pendant la période de travail et prononcé, soit en durée, soit en intensité (toute autre situation que 0 ou 1).

NE = non évaluable.

EDD (Nu Desc) : Gaudreau, J.D., Gagnon, P. et al., *J Pain Sympt Manage* 2004

Références

- [1] Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. Principes de médecine interne. 15^e éd. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2002, 132–33.
- [2] Gagnon P, Habel M, Hervouet S, et al. Prévalence des troubles psychiatriques et variables associées au delirium chez des patients adressés à la consultation de psycho-oncologie. *Bull Cancer* 2002;89:1093–6.
- [3] Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000;160:786–94.
- [4] Camus V, Burtin B, Simeone I, et al. Factor analysis supports the evidence of existing hyperactive and hypoactive subtypes of delirium. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:313–6.
- [5] Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, et al. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC). *J Pain Symptom Manage* 2005;29:368–75.
- [6] Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, et al. The impact of different diagnostic criteria on prevalence rates of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2003;16:156–62.
- [7] Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, et al. Impact of different diagnostic criteria on prognosis of delirium: a prospective study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;18:240–4.
- [8] Liptzin B. What criteria should be used for the diagnosis of delirium? *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:364–7.
- [9] Clopper CJ, Pearson ES. The use of confidence or fiducial limits illustrated in the case of the binomial. *Biometrika* 1934;26:404–13.
- [10] Gagnon P, Allard P, Masse B, et al. Delirium in terminal cancer: a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. *J Pain Symptom Manage* 2000;19:412–26.
- [11] Caraceni A, Nanni O, Maltoni M, et al. Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients. Italian multicenter study group on palliative care. *Cancer* 2000;89:1145–9.
- [12] Spiller JA, Keen J. Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Palliat Med* 2006;20:17–23.
- [13] Lawlor PG, Nekolaichuk C, Gagnon B, et al. Clinical utility, factor analysis, and further validation of the memorial delirium assessment scale in patients with advanced cancer: assessing delirium in advanced cancer. *Cancer* 2000;88:2859–67.
- [14] Morita T, Tei Y, Inoue S. Impaired communication capacity and agitated delirium in the final week of terminally ill cancer patients: prevalence and identification of research focus. *J Pain Symptom Manage* 2003;26:827–34.

- [15] Cobb JL, Glantz MJ, Nicholas PK, et al. Delirium in patients with cancer at the end of life. *Cancer Pract* 2000;8: 172–7.
- [16] Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001;22: 997–1006.
- [17] Reich M, Lassaunière JM. Prise en charge de la confusion mentale (« delirium ») en soins palliatifs : l'exemple du cancer. *Med Pal* 2003;2:55–71.