

Délirium: comment identifier, investiguer, prévenir, et traiter

SOPHIA MONDESTIN, MDCM, FRCPC
GÉRIATRE AU CISSS DE L'OUTAOUAIS

JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE GÉRIATRIE DE MONTEBELLO
27 JANVIER 2024

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Objectifs

1. Identifier et établir le diagnostic de délirium.
2. Établir les investigations pertinentes à faire et à prescrire en cas de délirium.
3. Prévenir et traiter le délirium – connaître et développer les stratégies non-pharmacologiques et pharmacologiques.

Questions de réflexion

- Quelle est la meilleure façon de prévenir le délirium en milieu hospitalier?
- Les antipsychotiques sont-ils un traitement pour le délirium?

Plan

- Cas clinique + introduction
- Pathophysiologie
- Définition du délirium + outils de dépistages
- Facteurs prédisposants et précipitants
- Investigations indiquées
- Prévention
- Traitement
- Pronostic cognitif post-délirium

Cas clinique – Mme D.

F82 ans qui vit seule en RPA

ATCD: HTA, DM2, DLP, AVC, RGO, surdité appareill e

Rx: metformin, glyburide, amlodipine, perindopril, ASA, rosuvastatin, pantoloc, Ativan 2 mg po qhs PRN

Autonome AVQ; AVD: aide ménagerie, finances, repas par la résidence

Admise pour chute avec fracture de la hanche droite, s/p h miarthroplastie

POST-OP

Dilaudid SC PRN

Gravol IV

Trop somnolente durant le jour pour se lever

Ne se nourrit pas/ne s'hydrate pas adéquatement seule

Hypoglycémies

IRA

Soluté

Constipation

Rétention urinaire

Sonde

Devient agit e, essaie de se lever, arrache son IV

Sevrage de benzo?

Contentions

Ne porte pas ses appareils auditifs à l'hôpital

Introduction

- 1/3 de patients ≥ 70 ans hospitalisés en médecine générale ont un délirium¹
- Le délirium est un facteur de risque pour:^{1,2}
 - Prolongation du séjour à l'hôpital
 - TNC majeur
 - Déclin fonctionnel
 - Relocalisation en soins de longues durées
 - Mortalité (**OR 3.18** [95%CI: 2.73, 3.70])

1. Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456–1466. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1605501>
2. Aung Thein, M. Z., Pereira, J. V., Nitchingham, A., & Caplan, G. A. (2020). A call to action for delirium research: Meta-analysis and regression of delirium associated mortality. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01723-4>

Pathophysiologie

- Différents facteurs biologiques en interaction entraînent une perturbation des réseaux neuronaux à grande échelle, conduisant à un dysfonctionnement cognitif aigu.
- Les principaux mécanismes contribuant au délirium incluent:
 - les neurotransmetteurs - surtout déficience cholinergique ou excès de dopamine
 - l'inflammation
 - les facteurs de stress physiologiques
 - les troubles métaboliques
 - les désordres électrolytiques
 - les facteurs génétiques
- De nombreux facteurs peuvent interférer directement avec la neurotransmission ou le métabolisme cellulaire, notamment les médicaments et les facteurs biologiques.

Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60688-1)

	Type of data available	Review published
Neurotransmitters		
Acetylcholine	Experimental and observational	Yes
Dopamine	Experimental and observational	Yes
γ-aminobutyric acid	Experimental and observational	No
Melatonin	Experimental and observational	Yes
Tryptophan or serotonin	Observational	Yes
Glutamate	Observational	No
Epinephrine or norepinephrine	Hypothetical	No
Proinflammatory markers		
Interferon α or β	Experimental	Yes
Interleukin 6	Observational	Yes
Interleukin 8	Observational	Yes
Interleukin 10	Observational	No
Tumour necrosis factor α	Hypothetical	Yes
Interleukin 1β	Hypothetical	Yes
Prostaglandin E	Hypothetical	Yes
Physiological stressors		
Cortisol	Observational	No
S100β	Observational	No
Neopterin	Observational	No
Hypoxia	Observational	No
Metabolic disorders		
Lactic acidosis	Experimental and observational	No
Hypoglycaemia or hyperglycaemia	Observational	No
IGF1	Observational	Yes
Hypercapnia	Hypothetical	Yes
Electrolyte disorders		
Sodium, calcium, magnesium	Experimental and observational	No
Genetic factors		
Apolipoprotein E	Observational	Yes
Glucocorticoid receptor	Observational	No
Dopamine transporter or receptor	Observational	Yes
Toll-like receptor 4	Hypothetical	No

Experimental means that controlled data—eg, from clinical trials or inference from unintended side-effects in human beings, or both—are available. Observational means that only observational data are available in human beings. Hypothetical means that that studies in human beings are not yet available to support the mechanism. The appendix contains a complete list of references.

Table 3: Potential pathophysiological contributors to delirium

Critères diagnostiques du délirium

DSM-5

- A.** Une perturbation de **l'attention** (diminution de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention) et de la **conscience** (diminution de l'orientation dans l'environnement).
- B.** La perturbation s'installe en un **temps court** (quelques heures à quelques jours), représente un **changement** par rapport à l'attention et à la conscience préalables, et tend à **fluctuer** en sévérité tout au long de la journée.
- C.** Une autre **perturbation cognitive** est objectivée (ex. déficit de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habilités visuospatiales ou des perceptions).
- D.** Les perturbations des critères A et C ne sont **pas mieux expliqués par un trouble neurocognitif préexistant**, établi ou en évolution. Les perturbations ne doivent pas dans le contexte d'un niveau de vigilance très réduit (ex. coma).
- E.** Mise en évidence à l'histoire, l'examen physique ou les examens complémentaires que la **perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale**, d'une **intoxication**, d'un **sevrage** d'une substance (drogue ou médicament), d'une exposition à un produit toxique, ou est due à de multiples causes.

Outils de dépistages

Confusion Assessment Method (CAM)

Critère 1:
Début soudain et fluctuation
des symptômes

Critère 2:
Inattention

1 et 2

+

Critère 3:
Désorganisation de la pensée

Critère 4:
Altération de l'état de
conscience

3 ou 4

=

délirium

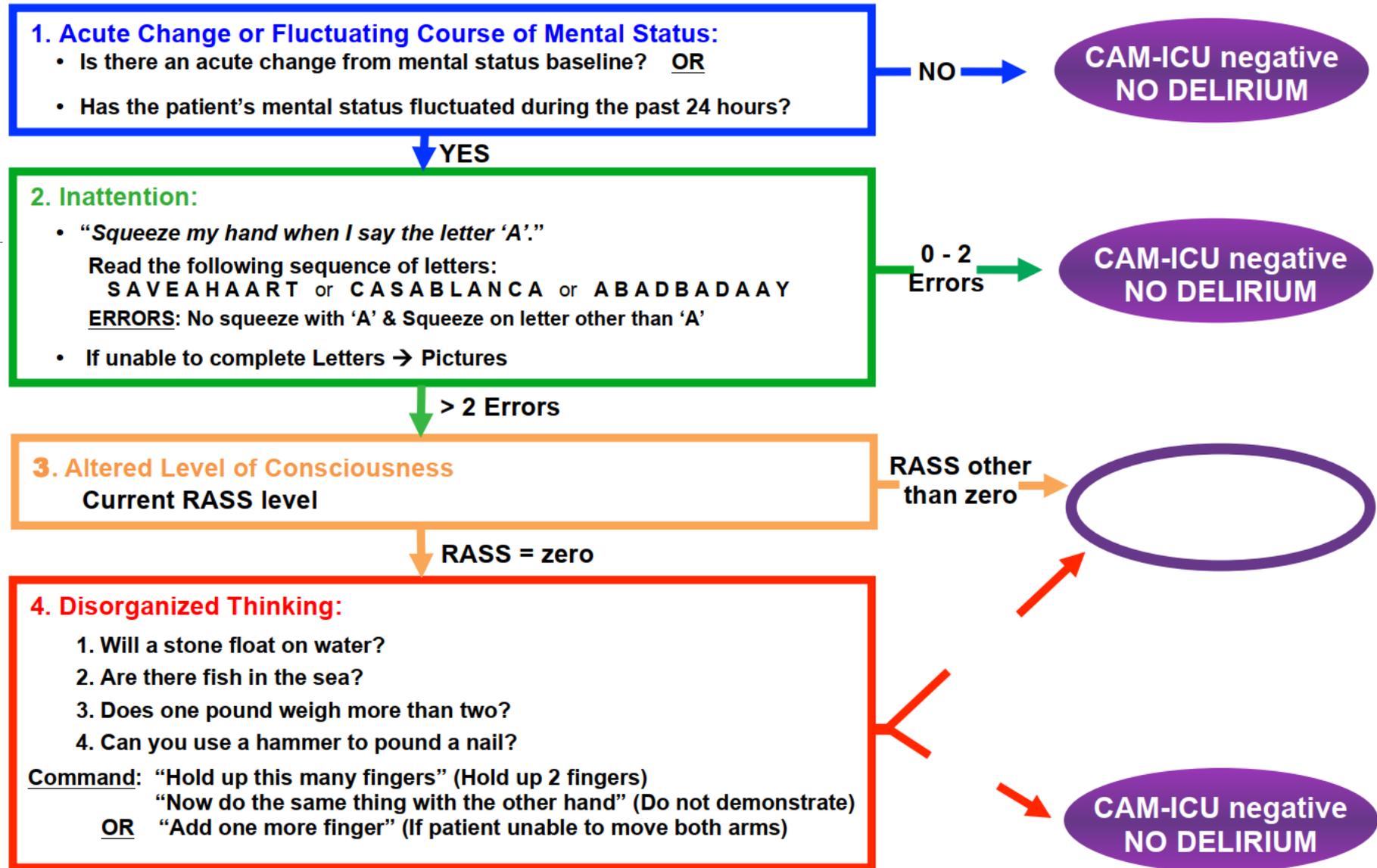
- Sensibilité: 94-100%
- Spécificité: 90-95%

Inouye, S. K. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>

Outils de dépistages

CAM-ICU

- Sensibilité: 81%
- Spécificité: 96%



Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University, all rights reserved

Outils de dépistages

4AT – « rapid clinical test for delirium »

- Sensibilité: 88%
- Spécificité: 88%

[1] ALERTNESS

This includes patients who may be markedly drowsy (eg. difficult to rouse and/or obviously sleepy during assessment) or agitated/hyperactive. Observe the patient. If asleep, attempt to wake with speech or gentle touch on shoulder. Ask the patient to state their name and address to assist rating.

Normal (fully alert, but not agitated, throughout assessment)	0
Mild sleepiness for <10 seconds after waking, then normal	0
Clearly abnormal	4

[2] AMT4

Age, date of birth, place (name of the hospital or building), current year.

No mistakes	0
1 mistake	1
2 or more mistakes/untestable	2

[3] ATTENTION

Ask the patient: "Please tell me the months of the year in backwards order, starting at December." To assist initial understanding one prompt of "what is the month before December?" is permitted.

Months of the year backwards	Achieves 7 months or more correctly	0
	Starts but scores <7 months / refuses to start	1
	Untestable (cannot start because unwell, drowsy, inattentive)	2

[4] ACUTE CHANGE OR FLUCTUATING COURSE

Evidence of significant change or fluctuation in: alertness, cognition, other mental function (eg. paranoia, hallucinations) arising over the last 2 weeks and still evident in last 24hrs

No	0
Yes	4

4 or above: possible delirium +/- cognitive impairment
1-3: possible cognitive impairment
0: delirium or severe cognitive impairment unlikely (but delirium still possible if [4] information incomplete)

4AT SCORE

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

Outils de dépistages

Logo de votre institution

R.A.D.A.R.

Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine
© Philippe Voyer



Outil RADAR

- Sensibilité: 73%
- Spécificité: 67%

Lorsque vous lui avez administré ses médicaments, (cochez oui ou non)		Date :			Date :			Date :			Date :			Date :			Date :		
		Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales
1. Le patient était-il somnolent?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		
2. Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		
3. Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		
Nom		Initiales		Nom		Initiales		Nom		Initiales		Nom		Initiales					

Délirium hypoactif – moins reconnu

- Les patients atteints de délirium hypoactif ont un risque **7 fois plus élevé** de ne **pas être reconnu** par le personnel de soins infirmiers.¹
- **Raisons** :
 - Les patients atteints de délirium hypoactif ont tendance à coopérer aux soins.¹
 - La forme hypoactive survient le plus souvent chez les patients âgés, et ces patients sont souvent diagnostiqués à tort comme souffrant de dépression ou d'une forme de TNC.²

1. Inouye, S. K. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms. *Archives of Internal Medicine*, 161(20), 2467. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.20.2467>

2. Fong, T. G., Tulebaev, S. R., & Inouye, S. K. (2009). Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 5(4), 210–220. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2009.24>

Facteurs prédisposants

Table 4. Risk factors for delirium from validated predictive models

	General Medicine	Surgery		Intensive-Care Unit
		Non- cardiac	Cardiac	
Predisposing factors				
Dementia	2.3–4.7	2.8	—	—
Cognitive impairment	2.1–2.8	3.5–4.2	1.3	—
History of delirium	—	3.0	—	—
Functional impairment	4.0	2.5–3.5	—	—
Visual impairment	2.1–3.5	1.1–3.0	—	—
Hearing impairment	—	1.3	—	—
Comorbidity or severity of illness	1.3–5.6	4.3	—	1.1
Depression	3.2	—	1.2	—
History of transient ischaemia or stroke	—	—	1.6	—
Alcohol misuse	5.7	1.4–3.3	—	—
Older age (≥ 75 y)	4.0	3.3–6.6	—	1.1

Facteurs précipitants

Table 4. Risk factors for delirium from validated predictive models

	General Medicine	Surgery		Intensive-Care Unit
		Non- cardiac	Cardiac	
Precipitating factors				
Drugs				
Several drugs used	2.9	—	—	—
Psychoactive drugs	4.5	—	—	—
Sedatives or hypnotics	—	—	—	4.5
Use of physical restraints	3.2–4.4	—	—	—
Use of bladder catheter	2.4	—	—	—
Physiological				
Increased serum urea	5.1	—	—	1.1
Increased BUN:creatinine ratio	2.0	2.9	—	—
Abnormal serum albumin	—	—	1.4	—
Abnormal sodium, glucose, or potassium	—	3.4	—	—
Metabolic acidosis	—	—	—	1.4

Table 4. Risk factors for delirium from validated predictive models

	General Medicine	Surgery		Intensive-Care Unit
		Non- cardiac	Cardiac	
Infection	—	—	—	3.1
Any iatrogenic event	1.9	—	—	—
Surgery				
Aortic aneurysm	—	8.3	—	—
Non-cardiac thoracic	—	3.5	—	—
Neurosurgery	—	—	—	4.5
Trauma admission	—	—	—	3.4
Urgent admission	—	—	—	1.5
Coma	—	—	—	1.8–21.3

Hshieh, T. T., Inouye, S. K., & Oh, E. S. (2020). Delirium in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(2), 183–199. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.001>

Étiologies du délirium

1. Médicaments/substances ou sevrage de médicaments/substances
2. Infections
3. Causes métaboliques
4. Rétention urinaire ou constipation/fécalome
5. Causes structurelles: intracrâniennes, cardiaques, ou pulmonaires
6. Post-opératoire
7. Douleur
8. Causes environnementales

Investigations

- FSC, créatinine, électrolytes, incluant Mg, PO₄, Ca + albumine, glycémie
- Bilan hépatique et pancréatique
- TSH
- Hémoculture si fièvre
- Analyse + culture d'urine si tableau infectieux ou symptômes urinaires
- Gaz artériel/veineux
- ECG + troponines
- Radiographie pulmonaire
- Radiographie abdominale ou TR
- Bladder scan post-miction
- Dosage sérique des médicaments
- Dépistage toxicologique (si suspicion d'intoxication)
- *Vitamine B12*

Investigations - selon suspicion clinique:

■ Neuroimagerie

- Présence de signes ou symptômes neurologiques focaux
- Histoire ou signe de traumatisme crânien
- Sans étiologie pouvant expliquer le délirium

■ EEG

- Suspicion d'une cause épileptique
- Délirium prolongé
- EEG normal diminue la probabilité d'un délirium¹
 - EEG en délirium: dysfonction cérébrale lente diffuse; ↑ des ondes thêta et delta; ↓ des ondes alpha

■ PL

- Suspicion d'une infection du SNC (méningite ou encéphalite)^{2,3}
- Délirium prolongé atypique

1. Wiegand, T. L., Rémi, J., & Dimitriadis, K. (2022). Electroencephalography in delirium assessment: A scoping review. *BMC Neurology*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02557-w>

2. Sheybani, F., Naderi, H., & Sajjadi, S. (2016). The optimal management of acute febrile encephalopathy in the aged patient: A systematic review. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2016, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2016/5273651>

3. Choi, C. (2001). Bacterial meningitis in aging adults. *Clinical Infectious Diseases*, 33(8), 1380–1385. <https://doi.org/10.1086/322688>

Investigations

Analyse et culture urinaire

- Faire si tableau infectieux ou symptômes urinaires

Devrions-nous traiter un patient en délirium qui a une culture urinaire positive sans symptômes ou signes d'infection urinaire?

- Pas de recommandation définitive
- Probable surtraitement^{1,2}
- Il est raisonnable de ne pas commencer d'antibiotiques chez un patient qui n'est pas septique et de suivre l'évolution clinique³

1. Joo P, Grant L, Ramsay T, Nott C, Zvonar R, Jia J, Yadav K, Mollanji E, He W, Eagles D. Effect of inpatient antibiotic treatment among older adults with delirium found with a positive urinalysis: a health record review. *BMC Geriatr.* 2022 Nov 29;22(1):916. doi: 10.1186/s12877-022-03549-8.
2. Dasgupta M, Brymer C, Elsayed S. Treatment of asymptomatic UTI in older delirious medical in-patients: A prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017 Sep;72:127-134. doi: 10.1016/j.archger.2017.05.010. Epub 2017 May 31.
3. Mody L, Juthani-Mehta M. Urinary tract infections in older women: a clinical review. *JAMA.* 2014 Feb 26;311(8):844-54. doi: 10.1001/jama.2014.303.

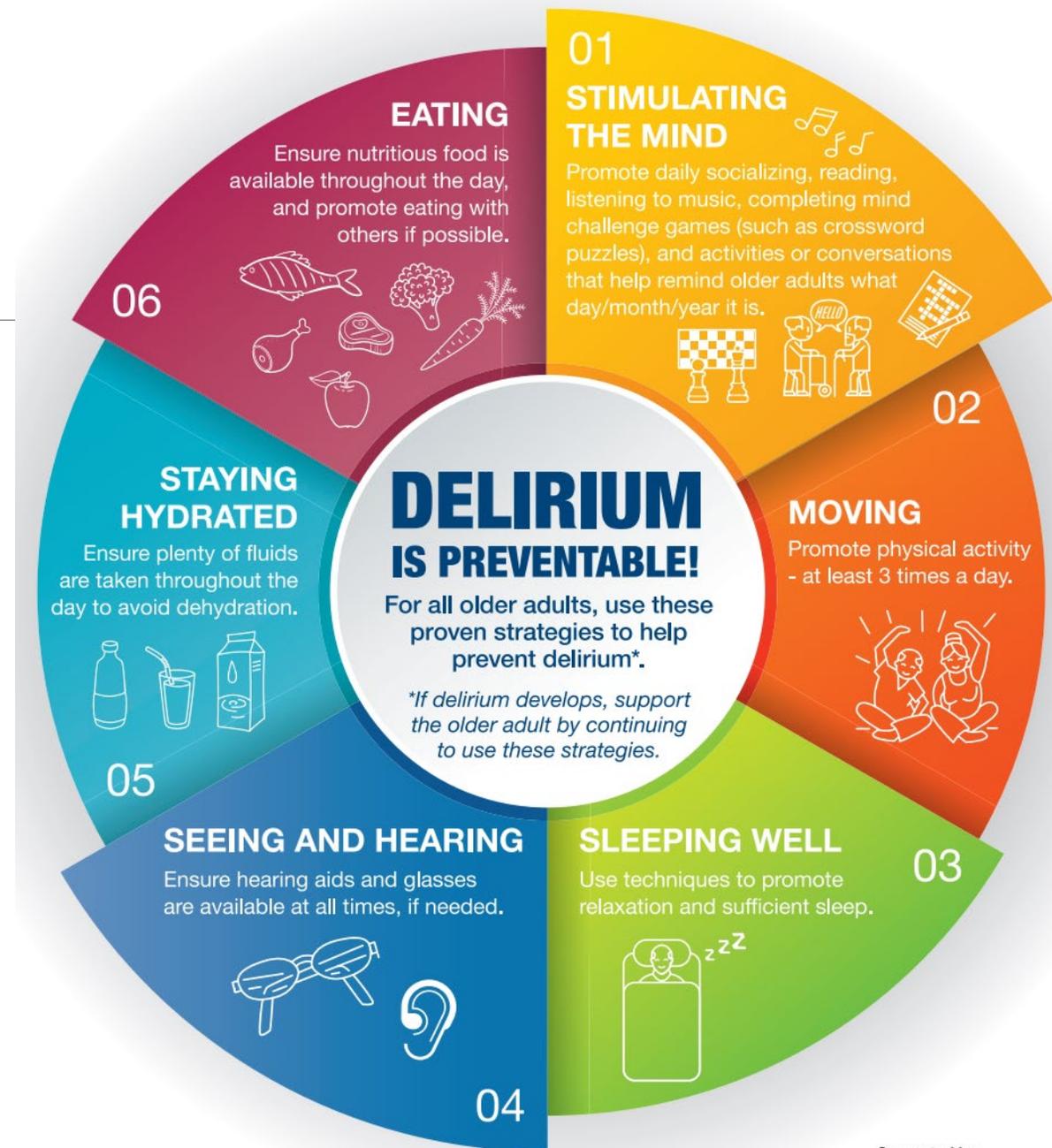
Prévention

Stratégies non-pharmacologiques à multiples composantes:

Efficace pour prévenir le délirium (risk ratio = 0.53)

- Intervalle de confiance 95% = 0.41-0.69
- 8 études randomisées contrôlées
- 2105 participants

Ludolph, P., Stoffers-Winterling, J., Kunzler, A. M., Rösch, R., Geschke, K., Vahl, C. F., & Lieb, K. (2020). Non-pharmacologic multicomponent interventions preventing delirium in hospitalized people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8), 1864–1871. <https://doi.org/10.1111/jgs.16565>



Prévention

National Institute for Health and Care Excellence (UK):

Ligne directrice (*mis à jour janvier 2023*) – « Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care »

1. Offrir un environnement familial
2. Offrir un programme d'intervention multifactoriel individualisé
3. Former des équipes interdisciplinaires compétentes
4. Orienter et stimuler cognitivement
5. Prévenir et traiter la déshydratation et la constipation
6. Optimiser l'état d'oxygénation
7. Prévenir et traiter les infections
8. Prévenir et traiter le syndrome d'immobilisation
9. Évaluer et traiter la douleur
10. Réviser la médication
11. Prévenir et traiter la dénutrition
12. Corriger les déficits (auditifs et visuels)
13. Favoriser un sommeil adéquat

Prévention

Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)

Assessment of AINEES signs AAPA
Risks + Preventive Interventions

A	AUTONOMY ADL / MOBILITY
<p>Risk of immobility syndrome</p> <p>Risk of falls</p>	<ul style="list-style-type: none"> Stimulate ADLs (<i>do not do it for them</i>) Mobilize q 2 hours, have patient sit in a chair T.I.D. (<i>up for mealtimes</i>) Complete MORSE and apply preventive measures
I	SKIN INTEGRITY
<p>Risk of developing a pressure ulcer</p>	<ul style="list-style-type: none"> Complete Braden scale according to your unit frequency and apply preventive measures Monitor sites q 8 h: sacrum, heels, ischium, malleolus, trochanters
N	NUTRITION / HYDRATION
<p>Risk of malnutrition weight loss > 2%/week</p> <p>Risk of dehydration dry tongue, mucous membranes</p> <p>Risk of aspiration</p>	<ul style="list-style-type: none"> Encourage intake at meals; supplements between meals Stimulate hydration > 1500 ml/24h except if restriction Position properly (at 90°)

ELIMINATION

E	EVALUATION of MENTAL STATUS / BEHAVIOR
<p>Risk of incontinence, bladder distension</p> <p>Risk of constipation, fecaloma</p>	<ul style="list-style-type: none"> Follow patient's bowel movement schedule/ daily living habits Implement toileting schedule q 2-3 h (<i>bathroom or commode chair</i>) Promote/maintain continence (<i>avoid incontinence briefs</i>)
E	EVALUATION of MENTAL STATUS / BEHAVIOR
<p>Risk of delirium, agitation in dementia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ensure glasses and hearing aids are worn Reorient: time, place and person at each visit Encourage presence /participation of family members
S	SLEEP
<p>Risk of insomnia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ask if patient takes sleeping pills, document and advise physician Limit naps to 45 minutes maximum during the day, before 2:30 p.m. Offer non-pharmacological methods to promote sleep (<i>hot beverages, music...</i>) Reduce noise, use night light...

Did you assess the AINEES signs:

- Before admission
- Since admission
- Impact of pain and anxiety

Did you adapt the environment?

Centre universitaire de santé McGill McGill University Health Centre

Poster adapted with permission from CHUM and CHUS

Prévention

- **Pas** de preuves claires de l'efficacité des Rx ci-dessous dans la prévention du délirium:¹
 - les inhibiteurs de la cholinestérase
 - les antipsychotiques
 - la mélatonine
- Preuves de qualité moyenne que **l'anesthésie guidée par l'indice bispectral** réduit l'incidence de délirium post-opératoire (RR 0.71, IC 95 % 0.6–0.85).¹
- La **dexmedetomidine** *peut* réduire l'incidence de délirium post-opératoire:
 - Chez les patients de ≥ 65 ans subissant des chirurgies non-cardiaques (RR 0.54, IC 95% 0.41–0.71)²
 - Chez les adultes subissant des chirurgies cardiaques (OR 0.56, IC 95% 0.36–0.89), mais **pas** dans le sous-groupe de ≥ 65 ans³
 - Risque plus élevé de bradycardie et d'hypotension²

1. Siddiqi, N. et al (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005563.pub3>

2. Qin, C., et al (2021). Perioperative dexmedetomidine administration to prevent delirium in adults after non-cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Anesthesia, 73, 110308. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2021.110308>

3. Li, P. et al (2021). Dexmedetomidine reduces the incidence of postoperative delirium after cardiac surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Anesthesiology, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01370-1>

Traitement

- Identifier et traiter les conditions sous-jacentes
- Éviter les facteurs qui aggravent le délirium
- Offrir une approche adaptée à la personne âgée pour éviter les complications et favoriser la récupération fonctionnelle
- Contrôler le tableau comportemental
- Offrir du soutien à la famille et aux proches aidants

Traitement

National Institute for Health and Care Excellence (UK):

Ligne directrice (*mis à jour janvier 2023*) – « Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care »

1. Offrir un environnement familial
2. Offrir un programme d'intervention multifactoriel individualisé
3. Former des équipes interdisciplinaires compétentes
4. Orienter et stimuler cognitivement
5. Prévenir et traiter la déshydratation et la constipation
6. Optimiser l'état d'oxygénation
7. Prévenir et traiter les infections
8. Prévenir et traiter le syndrome d'immobilisation
9. Évaluer et traiter la douleur
10. Réviser la médication
11. Prévenir et traiter la dénutrition
12. Corriger les déficits (auditifs et visuels)
13. Favoriser un sommeil adéquat

Contentions physiques

Utilisation à éviter:

- Augmentation de l'agitation
- Risque de chutes et blessures
- Facteur de risque pour délirium prolongé
- Décompensation cardiopulmonaire
- Aspiration
- Syndrome d'immobilisation
- Plaies de pression
- Détresse psychologique
- Utilisation pour contrôler l'errance ou prévenir une chute n'est **pas** justifiée

Peuvent être utilisées **en dernier recours** si:

- Risques sérieux de blessures physiques graves pour le patient ou pour autrui
- Nécessaire d'empêcher le patient d'enlever des cathéters/drains/sondes importants (si toutes autres approches ont été essayées et bénéfiques > risques)
- L'utilisation est réévaluée régulièrement et il y a un suivi attentif

1. Vu, T. T. M. & Desmarais, P. (2022). Chapitres 13: Le délirium. Dans Lussier, D., & Massoud, F. (Eds.), Précis pratique de Gériatrie Arcand-Hébert (pp. 227-243). Edisem.
2. Inouye, S. K., et al (2007). Risk factors for delirium at discharge. Archives of Internal Medicine, 167(13), 1406. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.13.1406>

Antipsychotiques

- **Aucune preuve** pour soutenir ou réfuter la suggestion que les antipsychotiques **raccourcissent la durée** du délirium chez les patients hospitalisés.
- Les antipsychotiques **ne réduisent pas la sévérité** du délirium et **ne réduisent pas le risque de mortalité**.
- **Aucune preuve** pour soutenir ou réfuter la suggestion que les antipsychotiques **réduisent la durée du séjour à l'hôpital** ou **améliorent la qualité de vie liée à la santé**.

Antipsychotiques

- Peuvent être utilisés à la dose efficace la plus faible et pendant la durée la plus courte possible pour traiter les patients qui ont une **agitation sévère**, qui sont en **détresse**, ou qui **sont à risque de se faire du mal ou de faire du mal à autrui**.
- Ne devraient être utilisés que si les interventions non-pharmacologiques ont échoué ou ne sont pas possibles.
- L'utilisation continue devrait être réévaluée quotidiennement.

Antipsychotiques

- Risques/effets secondaires:

- Risque de mortalité (OR 1.6-1.7)
- Risque d'AVC (risperidone et olanzapine)
- Somnolence, symptômes extrapyramidaux, diminution du seuil convulsif, syndrome malin des neuroleptiques, l'allongement de l'intervalle QT, la rétention urinaire, l'hypotension orthostatique, les chutes, les effets anticholinergiques, les effets métaboliques (tels que la prise de poids, la résistance à l'insuline)

- Exemples de prescription:

- Haldol 0.25-0.5 mg PO/SC q1h PRN – max 3 doses/24h
- Risperidone 0.125-0.25 mg PO DIE-BID (PRN)
- Quetiapine 12.5-25 mg PO DIE-BID-TID (PRN)
- Olanzapine 1.25-2.5 mg PO DIE-BID (PRN)

Autre traitement

Benzodiazépines

- Ne devraient pas être utilisées en délirium, sauf lorsque spécifiquement indiquées (ex. le traitement du sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines).

Inhibiteur de la cholinestérase

- Aucun rôle en délirium.

Délirium hypoactif

- Les antipsychotiques ou les benzodiazépines ne devraient pas être utilisés en cas de délirium hypoactif.

Pronostic cognitif

- Prévalence du délirium:^{1,2}
 - au congé : 36-45%
 - à 3 mois : 25-35%
 - à 6 mois : 21-25%
- Les patients âgés hospitalisés qui ont fait un délirium ont presque **12 fois** plus de chances de développer un **nouveau TNCM** que les patients n'ayant pas faits de délirium.³
- L'incidence cumulative d'un TNCM est de **31 % à 5 ans** post-délirium.⁴
- Le délirium en présence de processus pathologique de la démence est associé à un **déclin cognitif accéléré** au-delà de ce qui est attendu pour le délirium seul ou le processus pathologique seul.⁵
- **Donc, le délirium:**
 - **Augmente le risque de développer un TNCM chez les patients sans TNCM sous-jacent.**
 - **Accélère le déclin chez les patients avec un TNCM sous-jacent.**

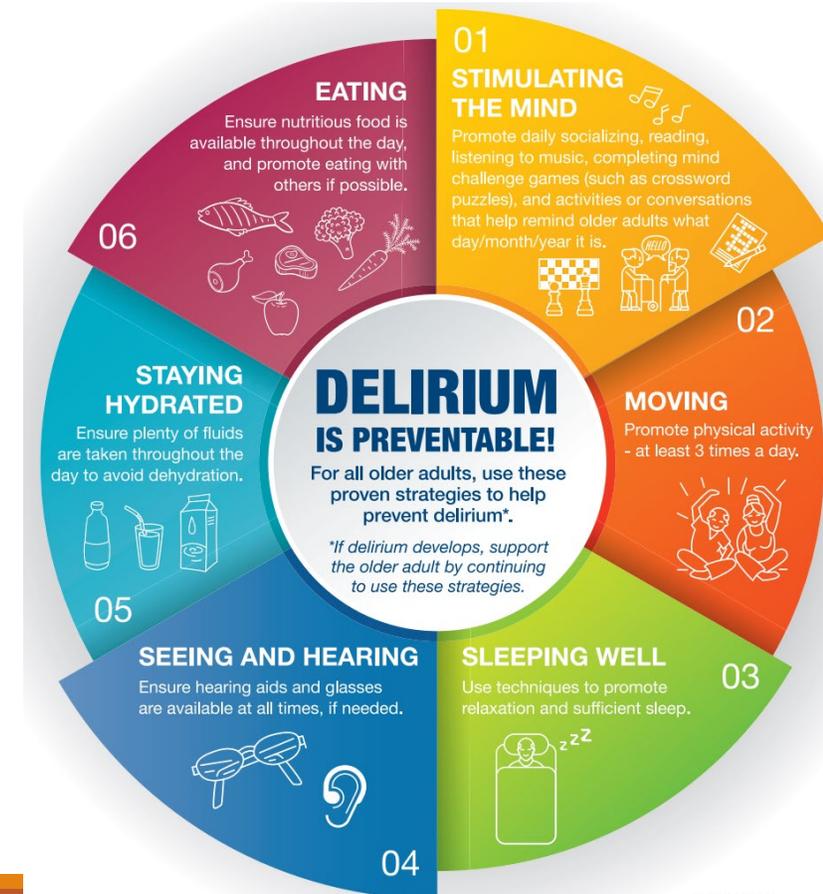
1. Cole MG, et al. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age Ageing*. 2009 Jan;38(1):19-26.
2. Whitby J, et al. Persistent delirium in older hospital patients: an updated systematic review and meta-analysis. *Delirium (Bielef)*. 2022 Aug 9;1:36822.
3. Pereira JV, et al. Delirium in older adults is associated with development of new dementia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Jul;36(7):993-1003.
4. Leighton SP, et al. Delirium and the risk of developing dementia: a cohort study of 12 949 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2022 May 23;93(8):822-7.
5. Davis DH, et al. Association of Delirium With Cognitive Decline in Late Life: A Neuropathologic Study of 3 Population-Based Cohort Studies. *JAMA Psychiatry*. 2017 Mar 1;74(3):244-251.

Questions de réflexion

- Quelle est la meilleure façon de prévenir le délirium en milieu hospitalier?

Stratégies non-pharmacologiques à multiples composantes:

Efficace pour prévenir le délirium (RR = 0.53)



Questions de réflexion

- Les antipsychotiques sont-ils un traitement pour le délirium?
 - En cas de délirium, les antipsychotiques ne réduisent pas:
 - la sévérité
 - la durée
 - le risque de mortalité
 - la durée de séjour à l'hôpital
 - Peuvent être utilisés en cas d'agitation sévère, détresse, ou risque de se faire du mal ou de faire du mal à autrui.

Conclusion

- Le délirium est fréquent chez les personnes âgées et entraîne des conséquences néfastes sur la santé.
- Il existe plusieurs outils de dépistages pour nous aider à identifier et établir le diagnostic de délirium.
- Les stratégies non-pharmacologiques avec une prise en charge interprofessionnelle sont essentielles dans la prévention et le traitement du délirium.
- L'utilisation d'interventions pharmacologiques est limitée dans le traitement du délirium et doit être faite avec prudence.

Questions
