

# DPC Gériatrie Cas clinique Mr D 80 ans

Dr Louise Mallet

Centre Universitaire de Santé McGill Montréal



**Strasbourg – 24 au 26 mai 2023**

## Conflits d'intérêts

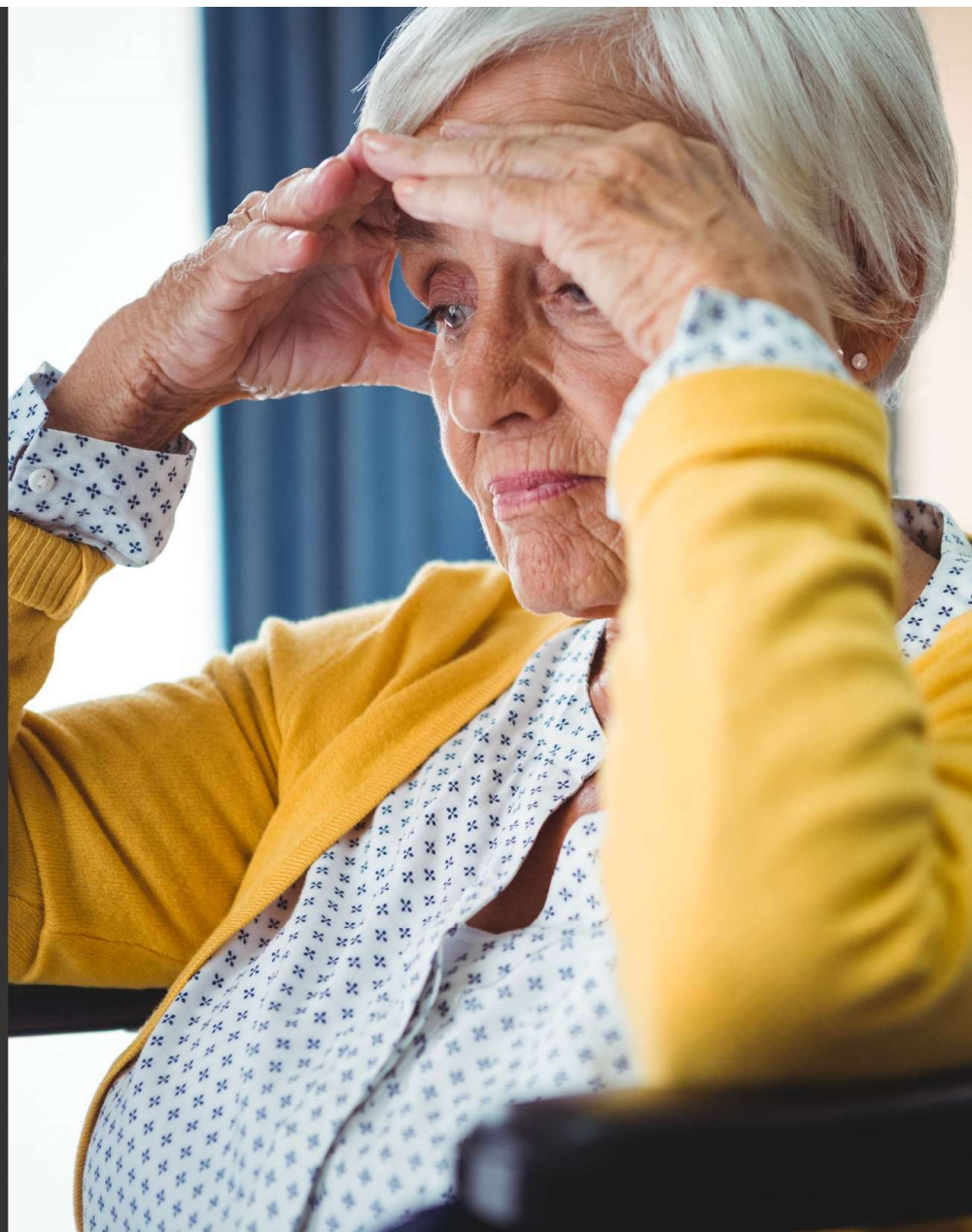
- « Rien à déclarer »

Ho

LE PATIENT  
GÉRIATRIQUE

VOLET 2

**CONFUSION  
ET DÉLIRIUM :**  
PRÉVENIR,  
RECONNAÎTRE,  
INTERVENIR



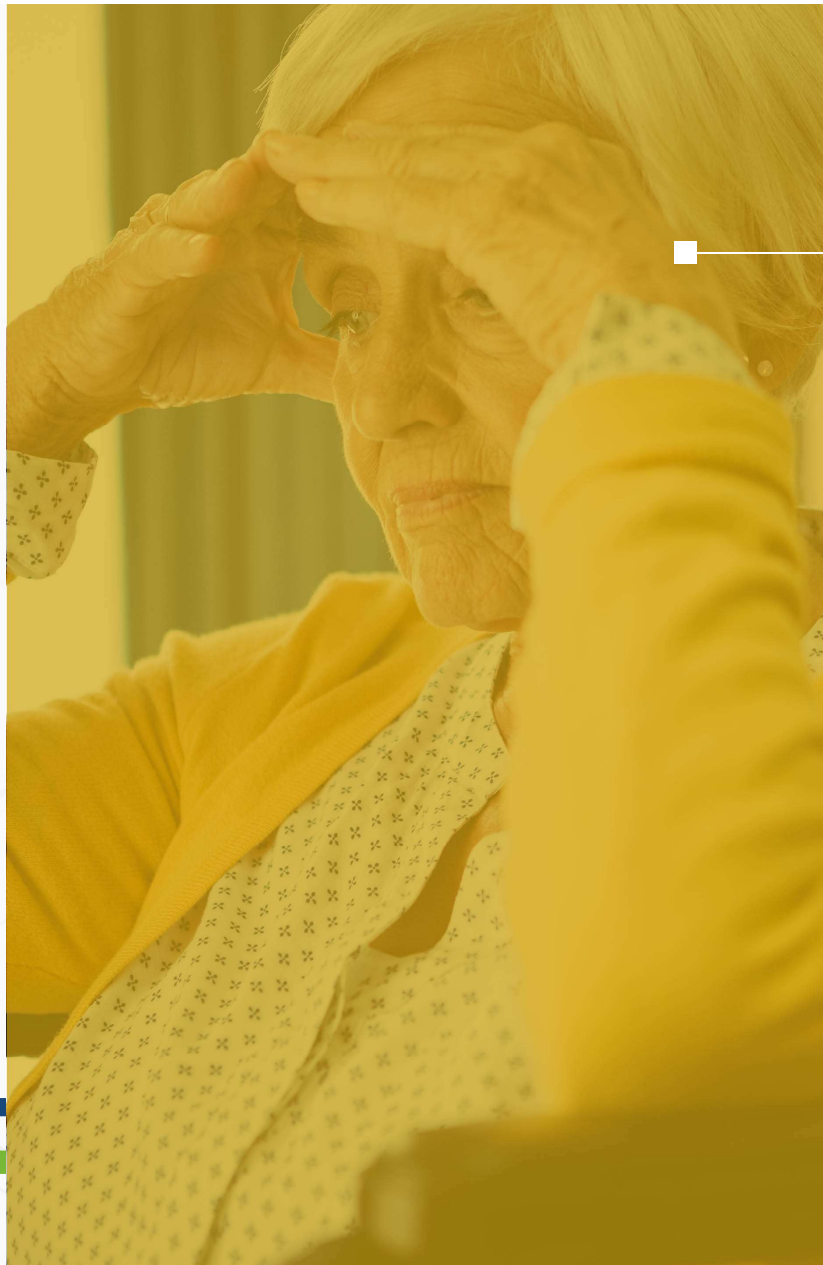
ef+





OBJECTIFS  
D'APPRENTISSAGE

- 01** Décrire les éléments qui caractérisent le délirium
- 02** Énumérer les principaux facteurs déclenchants du délirium
- 03** Intervenir au niveau de la pharmacothérapie pour prévenir et résoudre les situations de délirium.



## LES PRINCIPALES QUESTIONS

- C'est quoi un delirium?
- Pourquoi un patient âgé est à risque de présenter un delirium?
- Quelles sont les conséquences d'un delirium en gériatrie?
- Quelles sont les approches non-pharmacologiques pour traiter un delirium?
- Quelles sont les approches pharmacologiques pour traiter un delirium?
- Comme pharmacien en milieu hospitalier ou en EPHAD, quel rôle puis-je jouer?



#### ■ ATCD

Histoire de chutes, Fibrillation auriculaire, Hypothyroïdie, Douleur chronique, Ostéoporose, Constipation

#### ■ RX

- Hydroxyzine 50 po q hs
- Gabapentine 900 mg po bid
- Fentanyl 50 mcg/h q 72 hrs
- Sertraline 100 mg q hs
- Duloxetine 60 mg po q hs
- Paracétamol 650 mg tid
- Lévothyroxine 0,05 mg po qd
- Oméprazole 20 mg po qd
- Apixaban 5 mg po bid
- Diltiazem CD 240 mg po qd
- Vit D3 10,000 u q semaine
- Calcium 500 mg po qam
- Senna 17,2 mg po bid

#### AUTRES INFORMATIONS:

Homme de 80 ans, demeure seul, est autonome pour ses AVQ et ses AIVQ

Son fils et ses petits-enfants le visitent régulièrement, aucune autre aide

Responsable de prendre ses médicaments en utilisant un dispill



# 01

SECTION

RECONNAÎTRE LE  
DÉLIRIUM : DÉFINITION,  
ÉCHELLES DE MESURE,  
OUTILS DE DÉTECTION

## ■ QUE PENSEZ-VOUS DU DÉLIRIUM CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE?...

- *C'est normal d'être confus lorsque vous êtes âgés...De toute façon, les personnes âgées ne se souviennent pas des événements.*
- *La confusion chez la personne âgée entraîne une consultation à l'urgence.*
- *Les interventions que vous allez effectuer ne fonctionnent pas. La personne âgée quitte l'urgence encore confuse.*





- Confusion aiguë
- Confusion mentale
- Délire
- Délirium
- Encéphalopathie aiguë
- État confusionnel aigu
- Trouble cérébral aigu
- Syndrome cérébral organique

## TERMINOLOGIE



*Déjà décrit  
par Hippocrate*  
(il y a plus de 2,500 ans!)

## DÉFINITION DU DÉLIRIUM

01

Perturbation de l'état de conscience: hypersensibilité aux stimuli environnants ou au contraire, état léthargique, stuporeux pouvant même atteindre un état comateux

02

Atteinte de l'attention : facilement distrait, lenteur à répondre

03

Se développe **rapidement** (quelques heures/jours), constitue un changement dans le niveau de fonctionnement habituel de la personne, et fluctue en intensité au cours d'une même journée.

## TYPES DE DÉLIRIUM

**HYPERACTIF**

15 - 47% des cas

**HYPOACTIF**

19 - 71% des cas  
Souvent non détecté

**MÉLANGE  
DES DEUX**

Fluctuation entre hyper et hypoactif

## DÉLIRIUM VERSUS DÉMENCE

CARACTÉRISTIQUES	DÉLIRIUM	DÉMENCE
Début	Rapide	Insidieux
Attention	Altérée	Normale (excepté en phase terminale)
Niveau de conscience	Fluctuation	Normal (excepté en phase terminale)
Langage	Incohérent, désorganisé, souvent fragmenté	Organisé

## LE DÉLIRIUM

- Très fréquent
- Trop souvent non reconnu
- De plus en plus de recherches, d'études, de données scientifiques

“  
*....mais encore  
beaucoup  
de questions  
sans réponse*

# PRÉSENTATION CLINIQUE

- « Semble absent »
- Diminution de la conscience de l'environnement immédiat : somnolent, léthargique
- Distract, répète la question, répond question précédente, difficultés pour suivre conversation
- Jours de la semaine à l'envers...
- Série de chiffres à l'envers...

# MANIFESTATIONS CLINIQUES

- TROUBLES DE LA VIGILANCE
- FLUCTUATION
- ANOMALIE DE PERCEPTION

- INVERSION DU RYTHME VEILLE-SOMMEIL
- TROUBLE DU COMPORTEMENT
- SIGNES PHYSIQUES

## TROUBLES DE LA VIGILANCE:

- Atteinte du niveau de conscience entraînant des troubles de l'attention.
- Le patient a de la difficulté à répéter une série de chiffres qu'on vient de lui dire. Il oublie une question pendant qu'il essaie d'y répondre. Il ne peut suivre le fil de sa pensée, oublie ce qu'il vient de dire. Le discours est décousu, la pensée fragmentée.

## MANIFESTATIONS CLINIQUES

### INVERSION DU RYTHME VEILLE-SOMMEIL:

- Le patient dort mal. Il prend le jour pour la nuit et souvent réserve ses périodes plus agitées et confuses la nuit pour dormir le jour.
- Cliniquement, le début de la confusion se manifestera par une fragmentation et une diminution du sommeil



## MANIFESTATIONS CLINIQUES (suite)

### FLUCTUATION:

- Fluctuation au cours de la journée
- Patient évalué le matin vers 9h30 par l'équipe traitante voit une personne qui déjeune et parle normalement.
- Dans les notes des infirmières, on note que 4 hr auparavant, le patient tentait de sortir du lit, criait et avait arraché son soluté.

### TROUBLES DU COMPORTEMENT:

- Oscillation entre hypo-activité et hyper-activité
- Patient peut être absent, somnolent, accompagné d'une perte de l'initiative et d'un ralentissement psychomoteur ou présenter une agitation souvent désorganisée.

## MANIFESTATIONS CLINIQUES (suite)

### ANOMALIES DE PERCEPTION:

- Hallucinations souvent visuelles (rarement auditives) intenses, expériences sensorielles complexes, souvent menaçantes.
- Favorisent l'anxiété et l'agitation

### SIGNES PHYSIQUES:

- Hypertension, tachycardie, troubles digestifs, incontinence.

EXPLICATION  
NEUROBIOLOGIQUE?

**A** CHOLINERGIQUE

**B** DOPAMINERGIQUE

**C** NORADRÉNERGIQUE



# DÉLIRIUM EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

## TRÈS PEU ÉTUDIÉ

- Prévalence en milieu communautaire: 1 à 2%
- Souvent non détecté ou reconnu, peu étudié
- Augmente avec l'âge jusqu'à 21% chez les plus de 90 ans
- 10 à 15% chez les personnes âgées au moment de l'admission dans un centre hospitalier

*JAMA 1997;258:1789-92*

“

*8 à 17% des patients âgés se présentant à l'urgence ont déjà un delirium à leur arrivée*

# FACTEURS PRÉCIPITANTS D'UN DELIRIUM

**Patients âgés  
demeurant en  
milieu  
communautaire**

FACTEURS PRÉCIPITANTS	NO. (%) N= 208
Infection	103 (49,5%)
Désordres électrolytiques	95 (45,7%)
Médicaments	64 (30,8%)
Psychotropes	49 (23,6%)
Benzodiazépines	24 (11,5%)
Antidépresseurs	8 (3,8%)
Antipsychotiques	7 (3,4%)
Médicaments anti-parkinsoniens	6 (2,9%)
...	
Opiacés	9 (4,3%)
Fluoroquinolones	3 (1,4%)
Autres conditions	
Rétention urinaire	26 (12,5%)
Douleur	23 (11,1%)
Fécalome	14 (6,7%)

Magny E et coll. Plos One 2021;13(2):e0193034

# CONSÉQUENCES D'UN DELIRIUM

Associé à une augmentation de la morbidité et de la mortalité, déclin fonctionnel persistant

Augmentation des hospitalisations et des coûts associés, etc

De plus en plus de recherche, d'études, de données scientifiques...mais encore beaucoup de questions sans réponse



## PREMIER REGARD SUR SES MÉDICAMENTS

- Hydroxyzine 50 mg au coucher
- Fentanyl 50 mcg/h q 72 hrs
- Duloxétine 60 mg au coucher
- Paracétamol 650 mg 3x/jour
- Oméprazole 20 mg 1x/jour
- Diltiazem CD 240 mg 1x/jour
- Calcium 500 mg le matin
- Gabapentine 900 mg 2x/j
- Sertraline 100 mg q hs
- Lévothyroxine 0,05 mg 1x/jour
- Apixaban 5 mg 2x/j
- Vit D3 10,000 u q semaine
- Senna 17,2 mg 2x/j

## DELIRIUM - ARRÊTER ET OBSERVER

# C.A.M.

1. Début rapide et fluctuation
  2. Inattention
  3. Pensée désorganisée
  4. Niveau de conscience altérée
- 1+2, et 3 ou 4 :  
>90% spéc/sens (Inouye SK)





## AUTRES INFORMATIONS

- Son fils mentionne que son père souffre de la « maladie d'Alzheimer ».
  - Il est inquiet puisque son père demeure seul dans un appartement.
  - Il « n'est plus le même » depuis quelques jours.
  - Il a tenté de bouger un « gros meuble en chêne dans sa maison ».
- 
- Il est distrait.
  - Il a de la difficulté à suivre une conversation.
  - Il change de sujet rapidement.
- 
- Son père argumente avec son fils (il ne reconnaît plus son fils).
  - Son fils mentionne qu'il prend beaucoup de médicaments
  - Par contre, son fils ne connaît pas les médicaments de son père.



■ EST-CE QUE MONSIEUR D.  
PRÉSENTE UN DÉLIRIUM?

## C.A.M.

1. Début rapide et fluctuation

2. Inattention

3. Pensée désorganisée

4. Niveau de conscience altérée

1+2, et 3 ou 4 :

>90% spec/sens (Inouye SK)

# RECONNAÎTRE LE DELIRIUM : TOUT UN DÉFI !



**A**

PAS DE TESTS DE LABO

**B**

DIFFICILE À POSER UN  
DIAGNOSTIC

**C**

DIFFICILE À DÉTECTER

- Souvent sous-diagnostiqué
- Difficile à diagnostiquer
- Sous-noté comme « normal »
- Peu d'études
- Études d'efficacité de traitement: récentes
- Pas de niveau sérique de DELIRIUM



# 02

SECTION

FACTEURS  
PRÉCIPITANTS,  
CONDITIONS DE SANTÉ,  
CALCUL DE LA CHARGE  
ANTICHOLINERGIQUE

# QU' EST-CE QUI DÉCLENCHE UN DELIRIUM?

## RISQUE DE DELIRIUM

1. contention physique
2. malnutrition
3. >3 nouveaux médicaments
4. sonde urinaire
5. facteurs iatrogènes

## AJUSTÉ RR

4,4

4,0

2,9

2,4

1,9

<u># de facteurs delirium</u>	<u>%</u>
0	3%
1-2	20%
3-5	59%

“

*Que faire face au delirium ?*

## DELIRIUM – ÉVALUATION

### MÉDICAMENTS

Nouveau Mt, erreur Mt , Mt avec propriétés anticholinergiques

### ÉLECTROLYTES

Déshydratation, glycémie, Na, etc

### AUTRES

Infection, ischémie aiguë, problème neurologique



## ■ POSOLOGIE

- **Hydroxyzine 50 mg au coucher**
- **Fentanyl 50 mcg/h q 72 hrs**
- **Duloxétine 60 mg au coucher**
- Paracétamol 650 mg 3x/jour
- Oméprazole 20 mg 1x/jour
- Diltiazem CD 240 mg 1 x/jour
- Calcium 500 mg po le matin
- **Gabapentine 900 mg 2x/jour**
- **Sertraline 100 mg au coucher**
- Lévothyroxine 0,05 mg po 1x/jour
- Apixaban 5 mg 2 x/jour
- Vit D3 10,000 u q semaine
- Senna 17,2 mg 2x/jour

**CICr = 45 ml par min**



**Table 7. Drugs With Strong Anticholinergic Properties**

Antiarrhythmic	Promethazine
Disopyramide	Pyrilamine
	Triprolidine
<b>Antidepressants</b>	
Amitriptyline	
Amoxapine	
Clomipramine	Antimuscarinics
Desipramine	(urinary incontinence)
Doxepin (>6 mg)	Darifenacin
Imipramine	Fesoterodine
Nortriptyline	Flavoxate
Paroxetine	Oxybutynin
Protriptyline	Solifenacin
Trimipramine	Tolterodine
	Tropium
<b>Antiemetics</b>	
Prochlorperazine	Antiparkinsonian agents
Promethazine	Benztropine
	Trihexyphenidyl
<b>Antihistamines (first generation)</b>	
Brompheniramine	Antipsychotics
Carbinoxamine	Chlorpromazine
Chlorpheniramine	Clozapine
Clemastine	Loxapine
Cyproheptadine	Olanzapine
Dexbrompheniramine	Perphenazine
Dexchlorpheniramine	Thioridazine
Dimenhydrinate	Trifluoperazine
Diphenhydramine (oral)	
Doxylamine	Antispasmodics
Hydroxyzine	Atropine (excludes ophthalmic)
Meclizine	Belladonna alkaloids
Clidinium-chlordiazepoxide	Scopolamine (excludes ophthalmic)
Dicyclomine	
Homatropine (excludes ophthalmic)	Skeletal muscle relaxants
Hyoscyamine	Cyclobenzaprine
Methscopolamine	Orphenadrine
Propantheline	

## CRITÈRES DE BEERS

### Hydroxyzine

J Am Geriatric Soc 2019;67:674-695

### Autres critères: STOPP/START



# CHARGE ANTICHOLINERGIQUE

Anticholinergic Burden Calculator

<https://www.anticholinergicscales.es/>

# CALCUL DU « DRUG BURDEN INDEX »

**DBI Results** (Note: This scale, unlike the above, considers drug dose prescribed in the calculation)

Medication	DBI
DULOXETINE	0.00
FENTANYL TRANSDERMAN SYSTEM (50 mg)	1.00
GABAPENTIN (1,800 mg)	0.00
HYDROXYZINE (50 mg)	0.67
SERTRALINE (100 mg)	0.67
Results	HIGH RISK 2.34

## COMMENT INTERPRÉTER CE RÉSULTAT?



*Association entre l'exposition aux médicaments avec propriétés anticholinergiques et problèmes cognitifs, déficience physique et augmentation des chutes chez les plus de 80 ans.*

## TROUVER LA CAUSE : LES PISTES À PRIORISER POUR LE PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

### Facteurs médicaux?

#### URGENCE DE CHERCHER

- **Nouveaux médicaments!!!! Vente libre?**
- **Déshydratation**, dénutrition? (en lien avec un diurétique, ou canicule)
- Douleur?
- Chutes?
- **Infection? Température?**...pas toujours
- Hypo, hyperglycémie?, troubles électrolytiques
- Hypo, hypertension?
- Hypoxémie?
- Sevrages ? ROH, drogues
- **Fécalome?** Rétention urinaire?
- AVC?



# 03

SECTION

Mt, APPROCHE  
PHARMACOLOGIQUE

CONFUSION ET DÉLIRIUM :  
PRÉVENIR, RECONNAÎTRE, INTERVENIR

## MÉDICAMENTS ET RISQUE DE DELIRIUM

<b>A</b>	> 6 médicaments	RR: 13.7 - > 6 médicaments
<b>B</b>	> 3 nouveaux médicaments en 24 hr	RR: 4.0 - > 3 nouveaux médicaments en 24 hr
<b>C</b>	Anticholinergiques	RR: 4.5-11.7 - anticholinergiques RR: 3.0-11.7 - hypnotiques/sédatifs

## LES «GRANDS CLASSIQUES» : MÉDICAMENTS ET DELIRIUM!

- Arrêt rapide : Patient sous lorazépam depuis 20 ans et sevrage effectué sur une période de 3 mois
- Intoxication médicamenteuse: Patiente de petit poids 40 kg avec Digoxine 0,125 mg une fois par jour
- Interaction médicamenteuse au niveau pharmacodynamique: Synergie médicament SNC
- Narcotique: voir notre patient



## ANTIPSYCHOTIQUES EN GÉRIATRIE

	DOSE DE DÉPART	DOSE DE MAINTIEN	INTERVALLE	PIC D'ACTION	DEMI-VIE
<b>Halopéridol</b>	0.25- 0.5 mg	0.5-3 mg	Qd -bid	<b>1 hr</b>	24 h
<b>Rispéridone</b>	0.25- 0.5 mg	0.5-2 mg	Qd –bid	1 hr	20 h
<b>Olanzapine ODT</b>	2,5 -5 mg	5-10 mg	<b>Qd</b>	<b>6 h</b>	24-54 h
<b>Quétiapine</b>	12.5-25 mg	25-200 mg	Bid-tid	1,5 h	6 h

## HALOPÉRIDOL VS ANTIPSYCHOTIQUE ATYPIQUE

Quetiapine versus haloperidol in the treatment of delirium: a double-blind, randomized, controlled trial. Drug Design, development and Therapy 2013:657-667

**Dose de quétiapine (25-100 mg) = halopéridol (0.5- 2.0 mg)**

### EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ

*Population de 18-75 ans!*

Efficacy and safety of haloperidol versus atypical antipsychotic medications in the treatment of delirium. Yoon et al. BMC Psychiatry 2013, 13:240

**Halopéridol 1.2 mg = rispéridone  
1.1 mg = quétiapine 47.9mg**

### EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ

*Olanzapine moins efficace  
chez > 75 ans*

## TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU DÉLIRIUM

Antipsychotique? = Anticholinergique!

### Uniquement

- *Si souffrance en raison de l'agitation*
- *Afin de procéder à une investigation essentielle ou un traitement*
- *Pour prévenir la dangerosité face à lui même ou autrui*

**PAS pour contrôler l'errance**

**PAS dans l'espoir de faire disparaître le delirium**

**PAS en prévention**

EN RÉSUMÉ

## DELIRIUM VS Mt APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

**A** Traiter les problèmes aigus

**B** Revoir et simplifier les médicaments

- Effectuer une histoire médicamenteuse
- Vérifier si le patient les prend et comment il les prend
- Vérifier le système utilisé
- Arrêter, diminuer graduellement ou modifier
- Represcrire les médicaments qui n'auraient pas dû être cessés
- Vérifier la présence d'interactions médicamenteuses
- Ajuster les posologies selon la fonction rénale

## EN RÉSUMÉ

### DELIRIUM APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

# A

**Traiter les conditions aiguës sous jacentes**

# B

**Revoir et simplifier les médicaments**

# C

**Traiter les symptômes associés au delirium**

- Approche semblable au traitement de la douleur: doses régulières, petites doses prn et ré-évaluation
- Traiter les symptômes psychiatriques (psychose, hallucinations, anxiété) avec médicaments appropriés
- Traiter avec petite dose de benzodiazépine à courte action au besoin en présence d'anxiété non spécifique



SECTION

# 04

INTERVENIR AUPRÈS  
DES PATIENTS,  
PROCHES AIDANTS ET  
PRESCRIPTEURS

# RÔLE DU PHARMACIEN

- Revoir la médication et rechercher un lien temporel
- Arrêter ou faire un plan sevrage de toute médication ayant une action anticholinergique
- Cesser les benzodiazépines si  $< 1$  semaine, (si  $> 1$  semaine, expliquer l'arrêt de la BZD, proposer un calendrier et planifier un suivi, voir diapo suivante pour outil disponible)
- Éducation patient et proche aidant
- Sensibiliser les médecins et infirmières lors de nos communications écrites et verbales

# PROGRAMME DE SEVRAGE

Il est recommandé de suivre ce programme avec votre médecin ou votre pharmacien afin de sevrer votre sédatif-hypnotique.

SEMAINES	PLAN DE SEVRAGE							✓
	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	
1 et 2	●	●	●	●	●	●	●	
3 et 4	●	●	●	●	●	●	●	
5 et 6	●	●	●	●	●	●	●	
7 et 8	●	●	●	●	●	●	●	
9 et 10	●	●	●	●	●	●	●	
11 et 12	●	●	●	●	●	●	●	
13 et 14	●	●	●	●	●	●	●	
15 et 16	×	●	×	×	●	×	●	
17 et 18	×	×	×	×	×	×	×	

## Légende

● Pleine dose   ● La moitié de la dose   ● Le quart de la dose   × Aucune dose

## SEVRAGE DE BENZODIAZÉPINE

- Ceci est une proposition de sevrage.
- L'adapter au besoin de votre patient.
- Souvent, le sevrage peut être plus long.

[https://criugm.qc.ca/wp-content/uploads/2021/08/Somnife%CC%80resetme%C%81dscontrelanxie%CC%81te%CC%81\\_VF.pdf](https://criugm.qc.ca/wp-content/uploads/2021/08/Somnife%CC%80resetme%C%81dscontrelanxie%CC%81te%CC%81_VF.pdf)





---

## INTERVENTION AUPRÈS DES PROCHES AIDANTS

Rassurer les proches  
aidants

Éducation

Mettre en place les mesures  
non pharmacologiques

# INTERVENTION AUPRÈS DES PRESCRIPTEURS

- Connaître l'indication
- Date de fin du traitement
  - Par exemple: prescription pour de la rispéridone 0,125 mg po une fois par jour
- «Passage par l'urgence» :  
Manque probablement de l'information
- Vérifier si besoin de faire ajustement des posologies
- Mesures non pharmacologiques

## SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

Prescription  
"au besoin"  
Que veut dire  
"au besoin"?

Administration si  
vs liquide vs orale  
vs parentérale

Quand  
réévaluer

Durée  
de traitement



### ■ ATCD

Histoire de chutes, Fibrillation auriculaire, Hypothyroïdie, Douleur chronique, Ostéoporose, Constipation

### ■ Mt Chronologie

- Hydroxyzine 50 mg au coucher mg po q hs  
Dose augmentée x 1 semaine de. 25mg à 50mg
- Gabapentine 900 mg po bid - Dose augmentée depuis 3 semaines
- Fentanyl 50 mcg/h q 72 hrs
- Sertraline 100 mg q hs – Dernier médicament rajoutée depuis 1 semaine
- Duloxétine 60 mg po q hs – depuis 3 mois
- Paracétamol 650 mg tid
- Lévothyroxine 0,05 mg po qd
- Oméprazole 20 mg po qd
- Apixaban 5 mg po bid
- Diltiazem CD 240 mg po qd
- Vit D3 10,000 u q semaine
- Calcium 500 mg po qam
- Senna 17,2 mg po bid

Faire un plan de sevrage

Rapidité du sevrage:  
pas de recette magique

Patient avec douleur chronique: ne pas exacerber sa condition

#### ■ ATCD

Histoire de chutes, Fibrillation auriculaire, Hypothyroïdie, Douleur chronique, Ostéoporose, Constipation

#### ■ Mt

- Hydroxyzine 50 mg au coucher
- Gabapentine 900 mg 2x/jour
- Fentanyl 50 mcg/h q 72 hrs
- Sertraline 100 mg q hs
- Duloxetine 60 mg po q hs
- Paracétamol 650 mg tid
- Lévothyroxine 0,05 mg po qd
- Oméprazole 20 mg po qd
- Apixaban 5 mg po bid
- Diltiazem CD 240 mg po qd
- Vit D3 10,000 u q semaine
- Calcium 500 mg po qam
- Senna 17,2 mg po bid

#### PRISE EN CHARGE :

Calcul de la Charge anticholinergique

Diminuer graduellement la dose des médicaments suivants: Hydroxyzine, Gabapentine, Duloxetine, Sertraline

■ **Mt Action: patient hospitalisé**

- Sevrage rapide de Hydroxyzine 25 mg
- dose de Gabapentine à 600 mg po BID x 1 sem puis réévaluer
- = Fentanyl 50 mcg/h q 72 hrs
- Sertraline 100 mg q hs
- Duloxétine 30 mg po q hs
  
- Gabapentine 900 mg po bid - Dose augmentée depuis 3 semaines
- Fentanyl 50 mcg/h q 72 hrs
- Sertraline 100 mg q hs – Dernier médicament rajoutée depuis 1 semaine
- Duloxétine 60 mg po q hs – depuis 3 mois

Faire un plan de sevrage

Rapidité du sevrage:  
pas de recette magique

Patient avec douleur chronique: ne pas exacerber sa condition



### ■ ATCD

Histoire de chutes, Fibrillation auriculaire, Hypothyroïdie, Douleur chronique, Ostéoporose, Constipation

### ■ RX Chronologie

- **Diminuer Hydroxyzine 25mg po q hs**
- **Gabapentine 900 mg po bid – Diminuer à 600 mg po bid**
- **Fentanyl 50 mcg/h q 72 hrs**
- **Sertraline 100 mg q hs – cesser**
- **Duloxétine 60 mg po q hs – depuis 3 mois**
- Paracétamol 650 mg tid
- Lévothyroxine 0,05 mg po qd
- Oméprazole 20 mg po qd
- Apixaban 5 mg po bid
- Diltiazem CD 240 mg po qd
- Vit D3 10,000 u q semaine
- Calcium 500 mg po qam
- Senna 17,2 mg po bid

Faire un plan de sevrage

Rapidité du sevrage:  
pas de recette magique

Patient avec douleur chronique: ne pas exacerber sa condition

## ■ QUESTIONS

- Comment aurait-on pu prévenir?
- Quels sont les éléments qui auraient pu servir à reconnaître le delirium?
- Qu'est-ce qu'on aurait pu cesser?
- Quelle pourrait-être votre intervention présentement?
- Quel serait votre suivi?





## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES: DIFFÉRENTS MÉCANISMES D'ACTION

- Duloxétine + Sertraline
- Fentanyl + Sertraline

**Syndrome  
serotoninergique**

**Cytochromes  
impliquées**

**Table I** Recommended dose adjustments based on varying degrees of renal impairment

CrCl cutoff	Maximum recommended dosing	
	Gabapentin <sup>1</sup>	Pregabalin <sup>2</sup>
30–59 mL/min	700 mg BID	150 mg BID 100 mg TID
15–29 mL/min	700 mg once a day	75 mg BID 50 mg TID
<15 mL/min	300 mg once a day	75 mg once a day
Supplemental doses in hemodialysis	100–300 mg post dialysis	75–150 mg post dialysis

**Abbreviation:** CrCl, creatinine clearance.

**POUR M. DELIRIUM :**

Hydroxyzine  
30 mg q hs :  
Sevrer sur une période  
de qq jours

Gabapentin 900 mg  
po bid



# 07

SECTION

## MESSAGES À RETENIR

CONFUSION ET DÉLIRIUM :  
PRÉVENIR, RECONNAÎTRE, INTERVENIR

DELIRIUM,  
UNE CONDITION  
SÉRIEUSE

**A** IMPORTANT À  
DÉTECTER

**B** RECHERCHER ET  
TRAITER LES CAUSES  
ET SYMPTÔMES

**C** PENSER MÉDICAMENTS,  
MÉDICAMENTS,  
MÉDICAMENTS...



■ ————— À RETENIR

## **IDENTIFIER LES PATIENTS A RISQUE**

- « cerveau fragile?? »

## **IDENTIFIER LES PILULES A RISQUE**

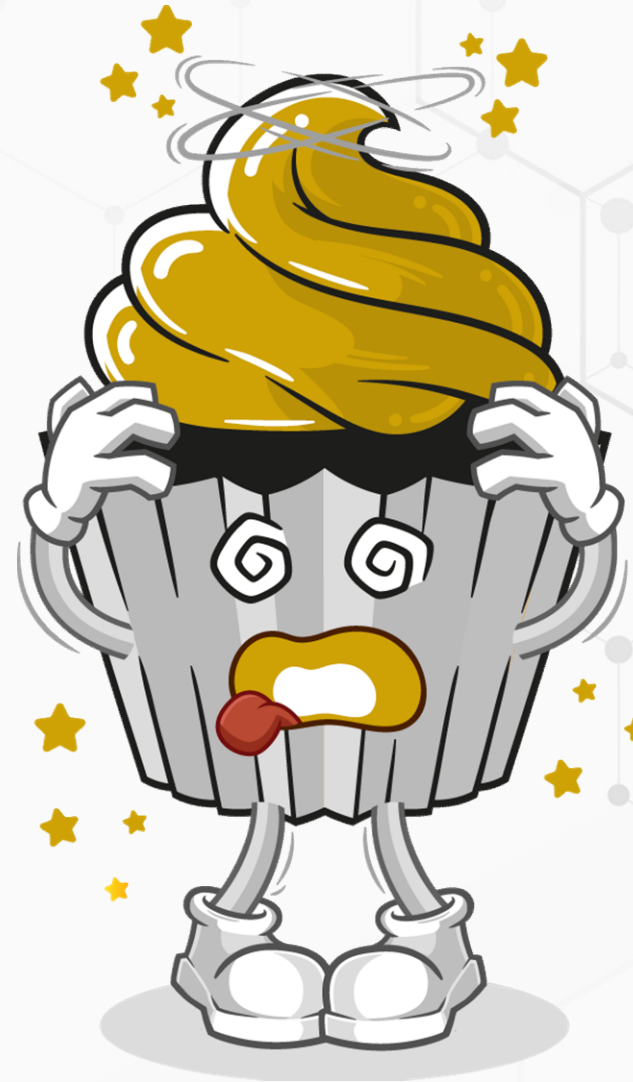
- « effets anticholinergiques cumulatifs »

## **RECONNAÎTRE LE DELIRIUM**

- !!!! Tout changement de l'état cognitif ou fonctionnel « pas comme d'habitude?? »

## RECETTE DE GÂTEAU DELIRIUM

- 1 tasse maladie aiguë (type mélangé)
- 1 tasse Rx (> 3 nouveaux + 1 anticholinergique)
- 1 c à table de changement cognitif
- 1 c à table de déshydratation
- 2 œufs de poules malnouries
- 1 c. à thé de problème visuel
- 1 c. à thé de contentions physiques





SECTION

# 08

## Questions

CONFUSION ET DÉLIRIUM :  
PRÉVENIR, RECONNAÎTRE, INTERVENIR

## L'algorithme diagnostique du CAM\*

### Critère 1 *Début soudain et fluctuation des symptômes*

Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes: Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?

### Critère 2 *Inattention*

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?

### Critère 3 *Désorganisation de la pensée*

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

### Critère 4 *Altération de l'état de conscience*

Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que "alerte" à la question suivante: En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? (alerte [normal], vigilant [hyper alerte], léthargique [somnolent, se réveille facilement], stupeur [difficile à réveiller], ou coma [impossible à réveiller]).

\* Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et 3 **ou** 4.

Traduit de INOUE, S.K. *et al.* « Clarifying confusion: the confusion assessment method », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.

*Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude*



# Contact

**Louise Mallet**

Centre Universitaire Mc Gill  
Montréal

[louise.mallet@umontreal.ca](mailto:louise.mallet@umontreal.ca)

Centre universitaire  
de santé McGill



McGill University  
Health Centre



**Hopi**  
HARM

**Strasbourg 2023**