

LA MÉDICATION



Un facteur de risque sous-estimé.

PAR Suzanne Durand, inf., M.Sc.inf.,
DESS (Bioéthique)

*Quels sont les médicaments
fréquemment administrés aux
clients des soins intensifs qui les
prédisposent au délirium ?
Quelle surveillance clinique exercer
par rapport aux interactions
médicamenteuses ?*

L'Association américaine de psychiatrie (2000, citée dans Voyer *et al.*, 2007) définit le délirium par la présence de quatre éléments caractéristiques :

- une perturbation de l'état de conscience avec incapacité à se concentrer et à soutenir l'attention ;
- des atteintes cognitives ou perceptuelles ;
- des symptômes qui s'installent en un court laps de temps, de

LES TROIS FORMES DE DÉLIRIUM AUX SOINS INTENSIFS

Forme hyperactive : les clients sont habituellement agités, combatifs et agressifs. Cette forme est facilement décelée.

Forme hypoactive : les clients sont calmes, somnolents et passifs. Cette forme est beaucoup plus fréquente et passe malheureusement inaperçue dans 66 à 84 % des cas. Le client reçoit parfois un diagnostic de dépression. Le pronostic est plus sombre chez les clients atteints de cette forme.

Forme mixte : l'agitation peut alterner avec un ralentissement psychomoteur.

quelques heures à quelques jours, et tendent à fluctuer au cours de la journée ;

- des antécédents et un examen physique démontrant que le délirium est causé par les conséquences physiologiques d'un problème de santé.

Relativement courant, le délirium se manifeste chez 14 à 24 % des patients admis à l'hôpital, chez 15 à 53 % des patients en période postopératoire et même chez à 70 à 87 % des patients aux soins intensifs (Inouye, 2006). Le délirium prolonge la durée du séjour aux soins intensifs, met le patient à risque d'auto-extubation et de déplacement de cathéters, accroît la durée de la ventilation mécanique et entraîne une morbidité et une mortalité importantes. Ces conséquences négatives compromettent le potentiel de rétablissement dans 50 % des cas.

De 42 à 52 % des patients admis aux soins intensifs sont âgés de 65 ans ou plus.

Aux soins intensifs, le délirium peut se présenter sous trois formes : la forme hypoactive (43,5 %), la forme mixte (54,1 %) et la forme hyperactive (1,6 %) (Poirier, 2008) (voir l'encadré de la page 36).

FACTEURS DE RISQUE

Le délirium est particulièrement courant aux soins intensifs puisqu'on y traite une clientèle plus âgée, souvent intubée et sous sédatifs, dont l'état critique requiert une multitude d'interventions et de procédures médicales. En effet, les clients âgés de 65 ans ou plus représentent 42 à 52 % des patients admis aux soins intensifs. Ces derniers sont plus susceptibles d'avoir des antécédents d'atteinte cognitive et sont donc plus à risque de souffrir de délirium (Pisani *et al.*, 2003).

Les facteurs de risque du délirium sont de deux ordres : les facteurs prédisposants et les facteurs précipitants. Les facteurs prédisposants sont présents avant l'admission du client aux soins intensifs, ce qui les rend difficilement modifiables. Le tableau 1 énumère les principaux.

Les facteurs précipitants surviennent pendant le séjour hospitalier. Une grande diversité de conditions médicales et de médicaments peuvent provoquer un délirium, notamment les maladies systémiques, les troubles métaboliques, les effets indésirables des médicaments et les facteurs de stress environnementaux (Pepersack, 2005).

Le tableau 2 énumère les facteurs précipitants ou éléments déclencheurs qui peuvent contribuer au délirium. La littérature considère que la médication est responsable de 12 à 39 % de tous les cas de délirium suivis des infections, du déséquilibre électrolytique, du déséquilibre métabolique, de l'hypoxie ou de l'ischémie (Austin et Boyd, 2008 ; Alexander, 2009).

MÉDICAMENTS ET DÉLIRIUM

Les médicaments psychoactifs¹ constituent le principal facteur de risque de complications iatrogéniques chez les clients hospitalisés et contribuent au délirium particulièrement chez la clientèle âgée. Les benzodiazépines, les narcotiques et autres médicaments psychoactifs augmentent de 3 à 11 fois le risque de présenter un délirium (Pisani *et al.*, 2003). Plusieurs recherches ont démontré que l'administration simultanée de sédatifs/hypnotiques, narcotiques et anticholinergiques, un usage inapproprié ou une surutilisation favorisent l'apparition du délirium. Une très grande variabilité existe entre la pharmaco-

TABEAU 1

| FACTEURS DE RISQUE PRÉDISPOSANT AU DÉLIRIUM | |
|---|--|
| Caractéristiques démographiques | <ul style="list-style-type: none"> • Âgés de plus de 65 ans • Sexe masculin |
| Fonctions cognitives | <ul style="list-style-type: none"> • Démence • Déficit cognitif • Histoire de délirium • Dépression |
| Pertes fonctionnelles | <ul style="list-style-type: none"> • Dépendance physique • Immobilité • Bas niveau d'activité • Chutes |
| Déficits sensoriels | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit visuel • Déficit auditif |
| Diminution de l'apport alimentaire | <ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation • Malnutrition |
| Médicaments et drogues | <ul style="list-style-type: none"> • Traiter avec plusieurs médicaments psychoactifs • Polypharmacie • Alcoolisme |
| Conditions médicales (comorbidité) | <ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Insuffisances cardiaque, rénale et hépatique • MPOC |

Traduit de Inouye, 2006 (p. 1160).

TABEAU 2

| FACTEURS PRÉCIPITANTS OU ÉLÉMENTS DÉCLENCHERS DU DÉLIRIUM | |
|---|--|
| Médicaments et drogues | <ul style="list-style-type: none"> • Hypnotiques et sédatifs • Narcotiques • Médicaments anticholinergiques • Polymédication • Alcool ou sevrage |
| Problèmes neurologiques | <ul style="list-style-type: none"> • Saignement intracrânien • Méningite ou encéphalite |
| Problèmes de santé concomitants | <ul style="list-style-type: none"> • Infections • Complications iatrogéniques • Maladie sévère aiguë • Hypoxie • Choc cardiogénique • Fièvre ou hypothermie • Anémie • Déshydratation • Pauvre statut nutritionnel • Bas niveau d'albumine sérique • Déséquilibre métabolique (électrolytes, glucose, acide-base) |
| Chirurgie | |
| Éléments de l'environnement | <ul style="list-style-type: none"> • Admission aux soins intensifs • Utilisation de contentions • Présence de cathéters • Multiples procédures médicales • Douleur • Stress émotionnel |
| Perturbations du sommeil | <ul style="list-style-type: none"> • Bruits • Lumière |

Traduit de Inouye, 2006 (p. 1161).

cinétique de ces médicaments selon l'âge, l'ethnicité, la capacité à métaboliser les médicaments. La demi-vie des narcotiques peut augmenter de six fois chez les clients âgés aux soins intensifs. Le tableau 3 présente les médicaments fréquemment utilisés aux soins intensifs qui sont associés au délirium.

La littérature considère que les médicaments sont responsables de 12 à 39 % de tous les cas de délirium.

contenu de la pensée alors que la Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) met davantage l'accent sur l'état d'éveil (Poirier, 2008).

Comme il n'existe aucune étude sur le traitement du délirium aux soins intensifs, la prévention constitue le meilleur moyen de l'éviter. Selon Pisani et ses collaborateurs (2003), les interventions préventives adaptées aux soins critiques sont :

- un environnement plus calme ;
- l'orientation temporo-spatiale ;
- la stimulation cognitive ;
- un protocole de sommeil non pharmacologique ;
- une mobilisation précoce à l'aide d'exercices actifs ou passifs ;
- le retrait des cathéters et des contentions au moment opportun ;
- le port de prothèses dentaires, visuelles et auditives ;
- une hydratation adéquate ;
- la présence d'un proche pour sécuriser le client.

ÉVALUER ET SURVEILLER

L'évaluation de la fonction cognitive et la détection du délirium pendant le séjour aux soins intensifs sont cruciales pour éviter des séquelles irréversibles chez les clients particulièrement s'ils sont âgés. Les infirmières doivent savoir que le délirium, la démence et la dépression présentent des caractéristiques qui se superposent et peuvent coexister chez l'adulte (Austin et Boyd, 2008). Deux échelles sont fréquemment utilisées pour aider les infirmières à déceler la présence des signes et des symptômes du délirium. L'Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) évalue surtout les fluctuations du

La prévention passe aussi par la détection et le traitement des troubles sous-jacents du client tels que les perturbations du métabolisme, les infections, etc. L'évaluation précoce des complications possibles peut permettre de traiter rapidement un problème de santé qui serait un facteur précipitant du délirium. Le sevrage d'alcool, de benzodiazépines ou de narcotiques est une cause souvent sous-estimée du délirium. Dans ce cas, l'infirmière doit s'informer auprès du client et de ses proches et vérifier les médicaments reçus afin de déterminer si le sevrage est vraiment la cause du délirium.

Il n'existe actuellement aucun médicament ayant un effet curatif sur le délirium, la plupart des médicaments utilisés ne traitant que certains symptômes (Danjou, 2008). La médication est utilisée une fois que les anomalies physiologiques et les facteurs contributifs modifiables ont été corrigés, et uniquement en cas d'agitation ou d'hyperactivité qui interfère avec la sécurité du client ou d'autrui ou avec tout traitement en cours.

Il faut rappeler que tous les médicaments disponibles pour traiter le délirium sont « psychoactifs » et, par conséquent, diminuent l'acuité sensorielle et prolongent les troubles cognitifs et la durée de la ventilation mécanique. Le tableau 4 présente les principaux traitements pharmacologiques du délirium.

TABLEAU 3

| MÉDICAMENTS FRÉQUEMMENT UTILISÉS AUX SOINS INTENSIFS ASSOCIÉS AU DÉLIRIUM | | |
|---|--|---|
| Classe | Exemples de médicaments | Commentaires |
| Opiacés | <ul style="list-style-type: none"> • Fentanyl • Morphine • Mépéridine | <ul style="list-style-type: none"> • Facteur de risque indépendant du délirium. • Des données probantes indiquent qu'il y a une association entre le délirium et l'augmentation des doses et l'accumulation de médicaments. |
| Benzodiazépines | <ul style="list-style-type: none"> • Lorazépam (Ativan®) • Midazolam (Versed®) | <ul style="list-style-type: none"> • Facteur de risque indépendant du délirium. • Des données probantes indiquent qu'il y a une association entre le délirium et l'augmentation des doses et l'accumulation de médicaments. |
| Antidépresseurs tricycliques | <ul style="list-style-type: none"> • Nortriptyline • Amitriptyline | <ul style="list-style-type: none"> • Les effets anticholinergiques sont responsables du délirium. • L'amitriptyline a la plus grande affinité anticholinergique. |
| Corticostéroïdes | <ul style="list-style-type: none"> • Hydrocortisone • Méthyprednisolone • Prednisone • Dexaméthasone | <ul style="list-style-type: none"> • Les cas rapportés indiquent une association entre le dosage et le délirium et les troubles cognitifs. Plusieurs clients traités aux stéroïdes, et qui ont développé de graves manifestations, avaient des troubles psychotiques préexistants. |
| Anesthésiques généraux | <ul style="list-style-type: none"> • Kétamine • Propofol • Anesthésiques inhalés | <ul style="list-style-type: none"> • Le délirium postopératoire survient chez 10 à 26 % des clients qui reçoivent ces médicaments. |
| Antihistaminiques | <ul style="list-style-type: none"> • Diphenhydramine (Benadryl®) | <ul style="list-style-type: none"> • L'effet anticholinergique est théoriquement la cause du délirium. |
| Antagoniste des récepteurs H ₂ | <ul style="list-style-type: none"> • Cimétidine • Ranitidine • Famotidine | <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des données rapportent un lien entre le délirium et la cimétidine. |
| Antiarythmiques | <ul style="list-style-type: none"> • Disopyramide (Norpace®) • Digoxine | <ul style="list-style-type: none"> • Les effets anticholinergiques importants sont la cause du délirium. • Le délirium est associé à l'accumulation et à la toxicité de la digoxine. |
| Bêtabloquants | <ul style="list-style-type: none"> • Propranolol (Inderal®) • Métoprolol (Lopressor®) | <ul style="list-style-type: none"> • Le propranolol est fortement associé au délirium. |
| Diurétiques | | <ul style="list-style-type: none"> • Provoquent le délirium en présence de déshydratation et de déséquilibre électrolytique. |

Traduit de Alexander, 2009 (p. 86).

L'halopéridol, un puissant antagoniste dopaminergique, est le médicament le plus couramment utilisé aux soins intensifs. La voie intraveineuse semble la plus efficace dans les situations d'urgence et entraîne moins d'effets secondaires extrapyramidaux (Skrobik, 2004). Compte tenu du fait que les clients aux soins intensifs reçoivent de nombreux médicaments, il est recommandé de faire un ECG avant d'administrer l'halopéridol et après quelques doses pour surveiller un allongement possible de l'intervalle QT avec risque de torsade de pointe. La surveillance de la kaliémie et de la magnésémie, ainsi que des réactions extrapyramidales, est nécessaire.

Les neuroleptiques de deuxième génération sont habituellement utilisés pour le traitement de la schizophrénie et il y a peu de résultats probants quant au traitement du délirium. Ces médicaments sont administrés par voie orale, ce qui exige une motilité gastro-intestinale. Les benzodiazépines sont d'usage courant aux soins intensifs pour traiter l'anxiété et l'agitation. Leur utilisation devrait se limiter à de petites doses et aux clients présentant un délirium causé par le sevrage d'alcool ou de benzodiazépines (Poirier, 2008). L'association lorazépam-halopéridol, probablement en raison de leurs mécanismes d'action différents, est synergique ; elle permet de diminuer les doses réduisant ainsi la possibilité d'effets secondaires.

Le sevrage d'alcool, de benzodiazépines ou de narcotiques est une cause souvent sous-estimée du délirium.

favoriser une bonne évolution de l'état de santé de clients, maintenir leur autonomie fonctionnelle et assurer ainsi une meilleure qualité de vie au retour à domicile. ■

NdlR : L'auteure est directrice de la direction du développement et soutien professionnel de l'OIIQ.

1. Toute substance chimique qui influence l'activité mentale ou modifie les comportements, l'état de conscience ou l'humeur.

TABLEAU 4

| TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU DÉLIRIUM | | | |
|---|--|--|---|
| Classe de Rx | Dosage | Effets secondaires | Informations complémentaires |
| Neuroleptique (halopéridol) | 0,5 à 10 mg I/V selon le niveau d'agitation et dose additionnelle q 30 minutes PRN. Si le client se calme : doses régulières de 2mg p.o. q 6 heures pendant 48 à 72 heures | <ul style="list-style-type: none"> • Réactions extrapyramidales, surtout si dosage > 3 mg par jour • Intervalle QT allongé sur ECG • À éviter chez les clients avec syndrome de sevrage, insuffisance hépatique, syndrome malin des neuroleptiques | <ul style="list-style-type: none"> • Médicament de choix • Efficacité démontrée par des essais cliniques • Doses plus faibles chez les personnes âgées • Doses plus élevées au coucher car exacerbation du délirium la nuit |
| Antipsychotique atypique Risperidone (Risperdal®) Olanzapine (Zyprexa®) | 0,25 mg à 1,5 mg, p.o. bid 1,25 à 5,0 mg, p.o. die | <ul style="list-style-type: none"> • Réactions extrapyramidales semblables ou légèrement moindres que l'halopéridol • Intervalle QT allongé sur ECG | <ul style="list-style-type: none"> • Testé uniquement par des petites études non contrôlées • Associé à une augmentation de la mortalité chez les patients âgés avec démence |
| Benzodiazépine (lorazépam) | 0,5 à 1,0 mg p.o. ou I/V et doses additionnelles q 4 heures, PRN | <ul style="list-style-type: none"> • Réactions paradoxales (agitation, confusion, agressivité, désinhibition) • Dépression respiratoire, sédation excessive | <ul style="list-style-type: none"> • Médicament de deuxième intention • Associé à des symptômes prolongés et importants de délirium (démonstré par des essais cliniques) • À utiliser chez les clients sous sevrage de sédatifs ou d'alcool, et ceux atteints de la maladie de Parkinson et du syndrome malin des neuroleptiques |

Sources : Inouye, 2006 (p. 1164) ; Poirier, 2008 (p. 34).

RÉFÉRENCES

- Alexander, E. « Delirium in the intensive care unit: medications as risk factors », *Critical Care Nurse*, vol. 29, n° 1, févr. 2009, p. 85-87.
- Austin, W. et M.A. Boyd. *Psychiatric Nursing for Canadian Practice*, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Danjou, C. *Le délirium chez l'ainé*, formation tenue dans le cadre du Programme de formation continue 2007-2008 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008.
- Émond, C. « Le délirium des soins intensifs », *Pharmactuel*, vol. 34, n° 6, 2001, p. 151-157.
- Inouye, S.K. « Delirium in older persons », *New England Journal of Medicine*, vol. 354, n° 11, 16 mars 2006, p. 1157-1165.
- Peppersack, T. « La prévention du délirium (état confusionnel aigu) », *Revue médicale de Bruxelles*, vol. 26, n° 4, sept. 2005, p. S301-S305.
- Pisani, M.A., L. McNicoll et S.K. Inouye. « Cognitive impairment in the intensive care unit », *Clinics in Chest Medicine*, vol. 24, n° 4, déc. 2003, p. 727-737.
- Poirier, D. « Psychose des soins intensifs ou délirium ? Comment y voir clair ? », *Le Médecin du Québec*, vol. 43, n° 9, sept. 2008, p. 29-36.
- Skrobik, Y. « Le délirium aux soins intensifs », *Urgence pratique*, n° 66, sept. 2004, p. 5-9.
- Steis, M.R. et D.M. Fick. « Are nurses recognizing delirium? A systematic review », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 34, n° 9, sept. 2008, p. 40-48.
- Voyer, P. (sous la dir. de). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, 2006.
- Voyer, P., L. Doucet, C. Danjou, N. Cyr et Z. Benounissa. « Le dépistage du délirium par les infirmières », *Perspective infirmière*, vol. 5, n° 2, nov./déc. 2007, p. 13-20.
- Young, J. et S.K. Inouye. « Delirium in older people », *British Medical Journal*, vol. 334, n° 7598, 21 avril 2007, p. 842-846.



PUBLICATIONS DE L'OIIQ

COMMANDEZ DÈS MAINTENANT

Téléchargez votre bon de commande
sur www.oiiq.org/publications

Télécopieur : 514 935-3770
ventepublications@oiiq.org
www.oiiq.org

Pour la liste complète des publications
consultez notre site Web.