

Le délirium en fin de vie: comment le comprendre?

Kim Sadler, B.sc.inf., D.Psy (ét.)

David Wright, N., MSc(A), PhD (c)

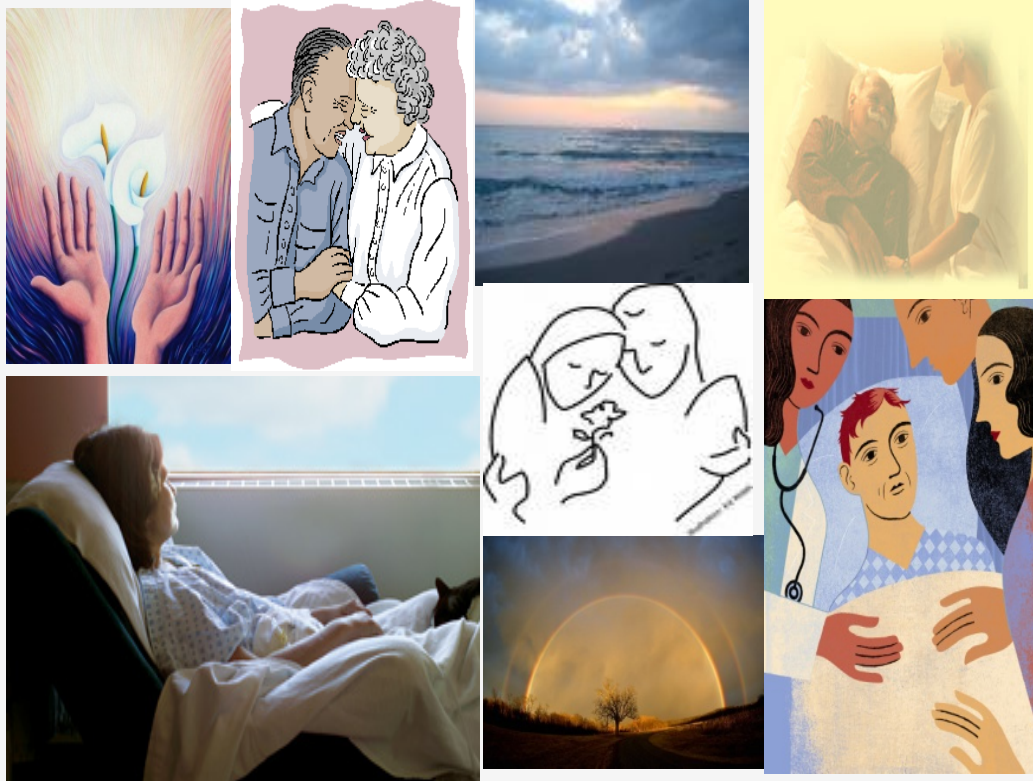


Les soins palliatifs...

- La vie
- La mort
- Qualité de vie
- Patient = Humain
 - Bio-psycho-socio-spirituo-relationel



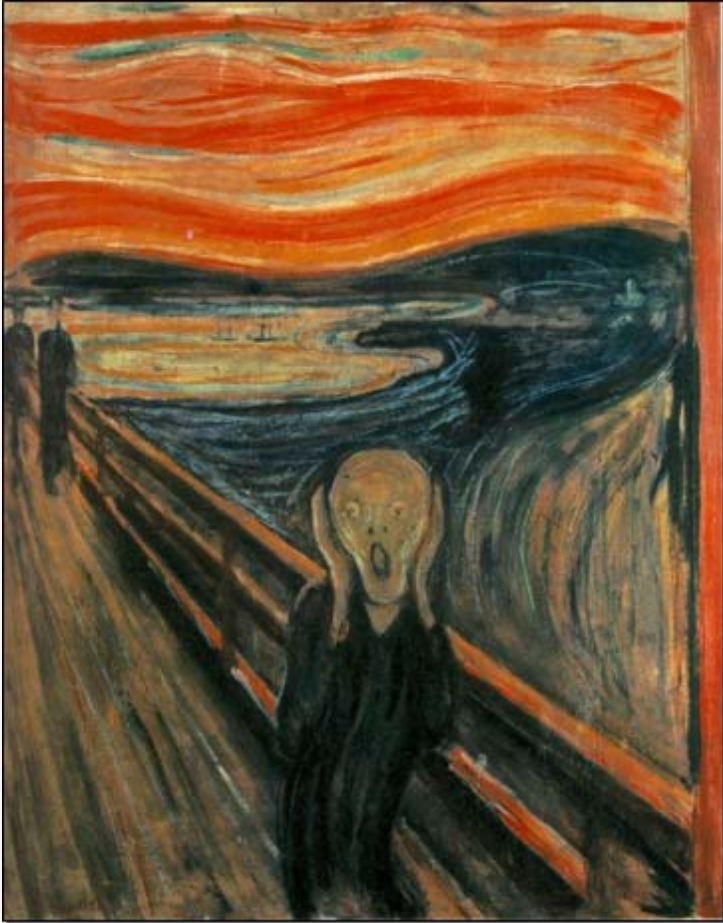
La fin de vie...



Un moment ...

- pour partager
- pour un éveil spirituel
- pour la recherche de sens
- pour la croissance
- pour le calme

Souffrance

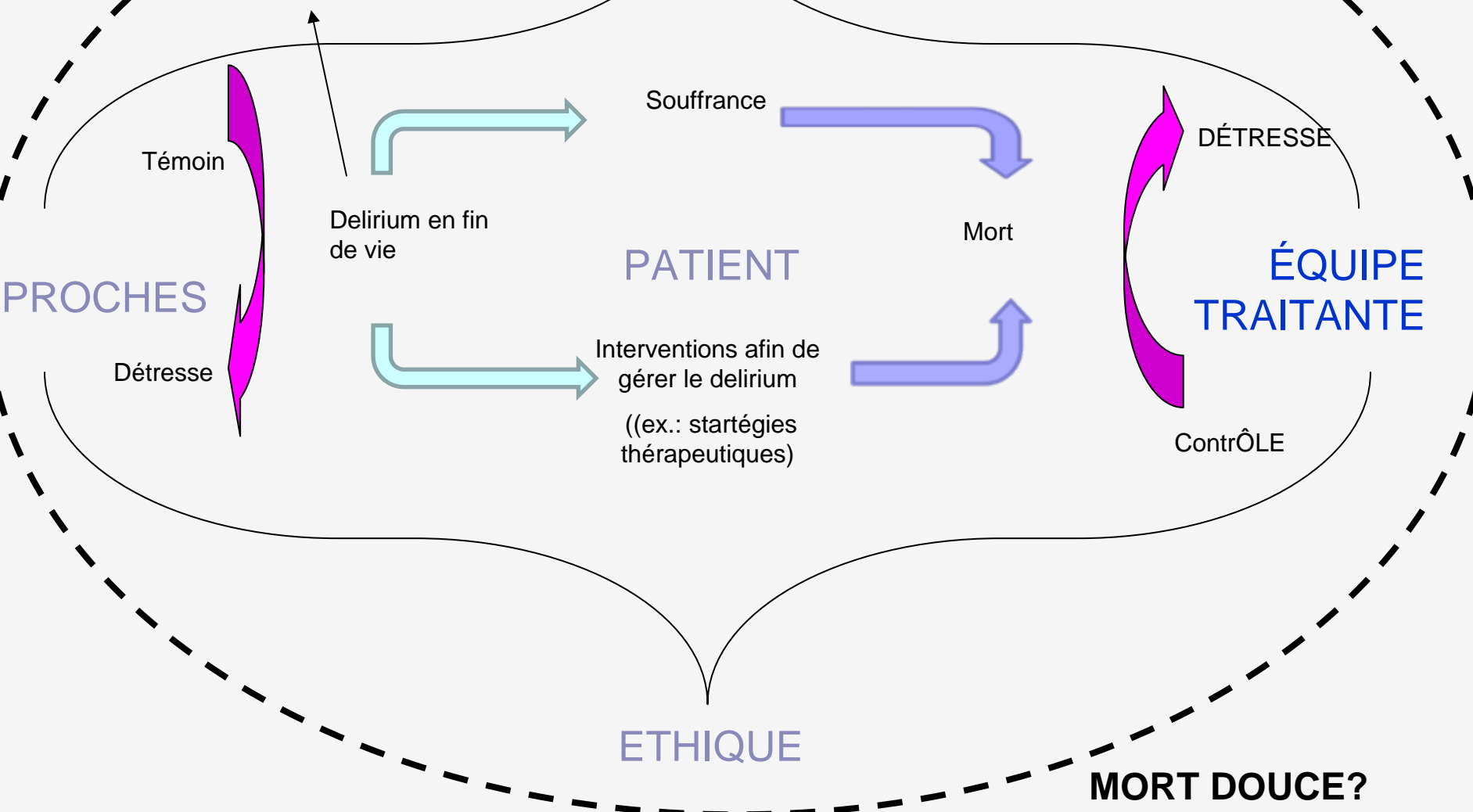


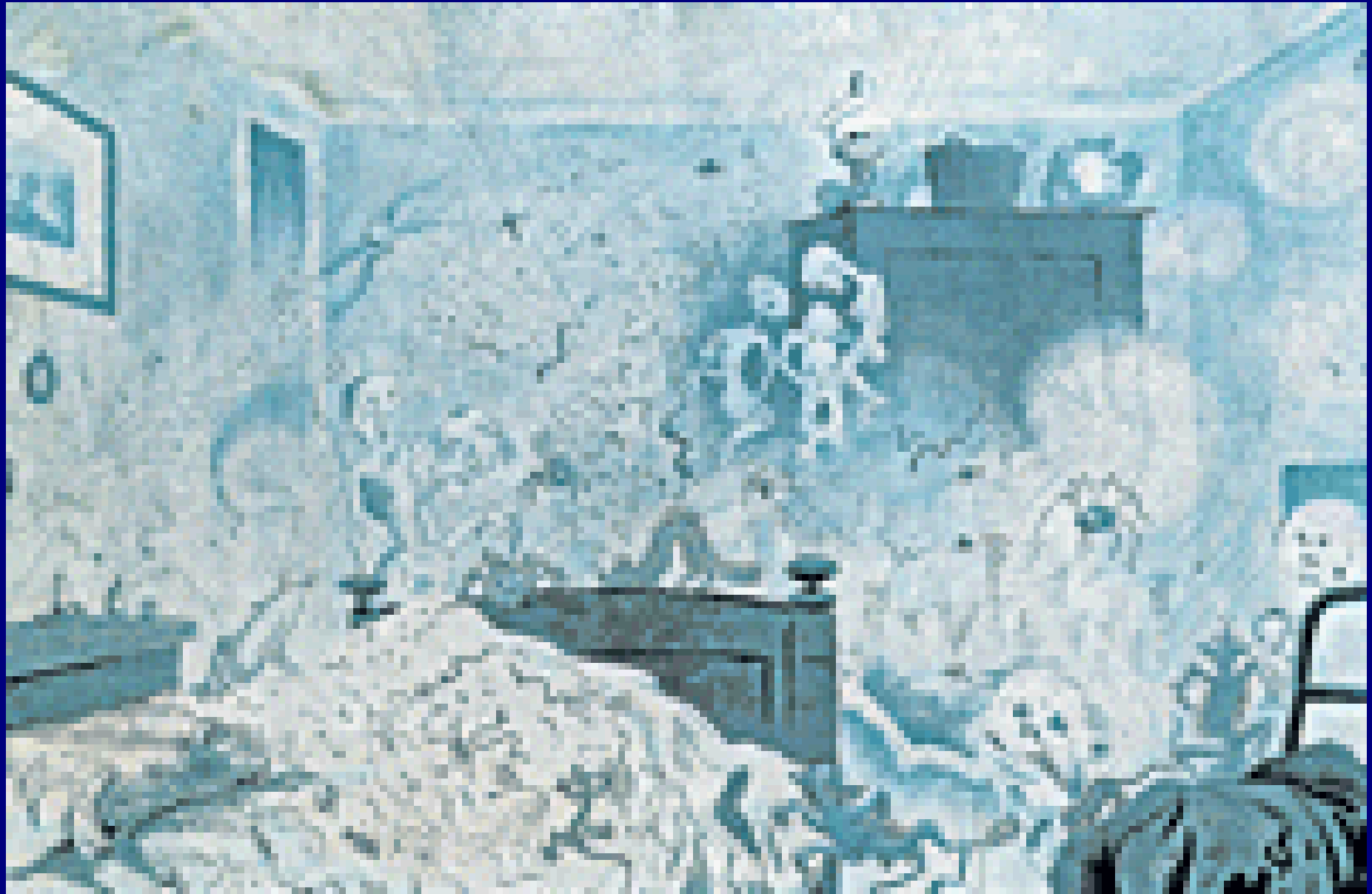
- Douleur
- Nausées/Vomissements
- Constipation
- Fatigue
- Dyspnée
- Souffrance existentielle...

DELIRIUM!

DEUIL/PERTE

Un désordre cognitif et comportemental touchant environ 25-85% des individus en fin de vie







PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Bien mourir: une mort douce en soins palliatifs?
- Delirium : Phénomène clinique
- Delirium : Évaluation
- Delirium: Intervention
- Delirium: Expérience subjective
- Étude de cas et discussion



Bien mourir

UNE MORT « DOUCE » EN SOINS PALLIATIFS?

Qu'est-ce qu'une mort "douce"?

- Concept controversé

- Selon qui?

- Mourir avec dignité → naïvement romantique

- Mécanisme de contrôle social

(Goldsteen et al., 2006; Gregory & English, 1994; Hart et al., 1998)

- Bon patient vs Mauvais patient

Mourir dans la dignité

Signification de la dignité

Relation	Être entendu et respecté Donner et recevoir de l'affection, de l'amour Avec soi-même et avec les autres
Avoir le contrôle	Sur les décisions à prendre Sur son corps Sur ce qui va se produire
Être humain	Valoir le respect des autres Conserver ses droits
Conserver son intégrité	Indépendance; Individualité; Espace personnel et intimité; besoins rencontrés, image corporelle et apparence ; rôle et fonctions

Intégrité de l'individu

- Intégrité: “fonctionnement harmonieux de plusieurs facettes de la nature humaine qui se rejoignent à un niveau spirituel afin de définir l'individu” (traduction libre)

(Nolan & Mock, 2004)

- Souffrance → une menace à l'intégrité

(Cassell, 1982; Kahn & Steeves, 1986; Rodgers & Cowles, 1998)

- La psychopathologie est un prédicteur plus puissant du désir de mourir que des symptômes physiologiques mal soulagés.

(Burnett et al., 2003)



Delirium

PHÉNOMÈNE CLINIQUE

HISTOIRE

- Delirium. *Latin. De* (hors de), *lira* (route, voie)
 - Dévier, être fou, être dérangé (cité dans Adamis et al., 2007)
- « Everyman's psychosis » « Reversible madness »
- Delirium as a *waking dream* (Adamis et al., 2007)
- Association entre mort et delirium reconnue à travers l'Histoire. (Shuster, 1998; Wasan et al., 2005)



« Cognitive disorders in the medically ill interface between medicine and psychiatry and are all too often owned by neither. »



(Brown, T. & Boyle, M., 2002)

Quelques faits...

- Le delirium touche jusqu'à 80% des pts avec un cancer avancé

(Watson & al., 2006)

- Jusqu'à 50 à 70 % des cas de delirium ne seront pas diagnostiqués par les cliniciens

(Casarett & al., 2005).



Trop peu diagnostiqué...



Trop peu diagnostiqué...

- 1) Diagnostic clinique
- 2) Présentations variées
- 3) Méconnaissance de l'état de base
- 4) Attribué à d'autres conditions
- 5) Terminologie confondante



1) DIAGNOSTIC CLINIQUE

DELIRIUM

**État confusionnel
aigu**

DELIRIUM

**Altération de la
conscience**

**État confusionnel
aigu**

DELIRIUM

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

**Altération de la
conscience**

**État confusionnel
aigu**

DELIRIUM

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

Mémoire

**Altération de la
conscience**

**État confusionnel
aigu**

DELIRIUM

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

Attention

Mémoire

**Altération de la
conscience**

**État confusionnel
aigu**

DELIRIUM

- Focus
- Soutenue
- Flexibilité

Attention

Mémoire

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

Altération de la conscience

État confusionnel aigu

DELIRIUM

- Focus
- Soutenue
- Flexibilité

Attention

**Processus
cognitifs**

Mémoire

**État confusionnel
aigu**

**Altération de la
conscience**

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

DELIRIUM

- Focus
- Soutenue
- Flexibilité

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

Attention

Mémoire

Altération de la conscience

Processus cognitifs

État confusionnel aigu

Perception

DELIRIUM

- Focus
- Soutenue
- Flexibilité

Attention

**Processus
cognitifs**

Perception

- Illusion
- Hallucination
- Délire

Mémoire

**État confusionnel
aigu**

**Altération de la
conscience**

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

DELIRIUM

- Focus
- Soutenue
- Flexibilité

Attention

**Processus
cognitifs**

Perception

- Illusion
- Hallucination
- Délire

Mémoire

**État confusionnel
aigu**

Emotion

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

**Altération de la
conscience**

DELIRIUM

- Focus
- Soutenue
- Flexibilité

Attention

**Processus
cognitifs**

Perception

- Illusion
- Hallucination
- Délire

Mémoire

**État confusionnel
aigu**

Emotion

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

**Altération de la
conscience**

**Cycles
Éveil/sommeil**

DELIRIUM

- Focus
- Soutenue
- Flexibilité

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

Attention

Mémoire

Altération de la conscience

Processus cognitifs

État confusionnel aigu

Psychomoteur

Perception

Emotion

**Cycles
Éveil/sommeil**

- Illusion
- Hallucination
- Delire

DELIRIUM

Insight

- Coma
- Stupeur, léthargie
- Somnolence
- Alerte

- Focus
- Soutenue
- Flexibilité

Attention

Mémoire

Altération de la conscience

Processus cognitifs

État confusionnel aigu

Psychomoteur

Perception

Emotion

Cycles
Éveil/sommeil

- Illusion
- Hallucination
- Delire

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

(DSM-IV-TR, 1994)

- A) Perturbation de la conscience avec ↓ capacité à diriger, focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention
- B) Modification du fx cognitif (ex.: mémoire, désorientation, langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions
- C) Perturbation s'installe en un temps court (hrs à jrs) et tend à avoir une évolution fluctuante au cours de la journée
- D) Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique et examens complémentaires que la perturbation est due:
- Affection médicales générale
 - Substance (intoxication ou sevrage) (ex.: opioïdes, corticostéroïdes)
 - Étiologies multiples
 - Non spécifié



2) PRÉSENTATIONS VARIÉES

- HYPERACTIF
- HYPOACTIF
 - MIXTE

HYPERACTIF

- Agitation psychomotrice
- Agressivité physique/verbale
- Caractéristiques psychotiques (Ex.: délires, hallucinations,)
- Plus apparent
- Labilité émotionnelle

HYPOACTIF

- Diminution du niveau de conscience
- Retrait
- Ralentissement psychomoteur, fatigue
- Affect plat
- Absence de caractéristiques psychotiques
- Prodrome: insomnie + somnolence durant le jour

MIXTE

- Alternance entre la forme hyperactive et hypoactive
- Une période plus léthargique pourra être perçue comme une amélioration mais en fait le delirium peut persister et s'exacerber
- Difficile à poser un diagnostic

3) MÉCONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE BASE

- Avoir recours à plusieurs sources d'info:

Ex.:

- Dossiers antérieurs
- Rapport des infirmier(ère)s et autres professionnels
- Infos des proches

4) ATTRIBUÉ À D'AUTRES CONDITIONS

- Confusion, troubles cognitifs légers, ICT/AVC
- Agitation
- Anxiété
- Dépression
- Démence
- Autres troubles mentaux
- Douleur
- Langage et particularités culturelles

CONFUSION, TROUBLES COGNITIFS LÉGERS, ICT/AVC

- Représente une panoplie de troubles cognitifs de ++ étiologies
- Peut prendre ++ formes:
 - Discours incohérent
 - Déficits de mémoire
 - Désorientation
 - Agitation/léthargie
 - Anxiété, peur, irritabilité, euphorie, colère
 - Cauchemars, perturbation du sommeil

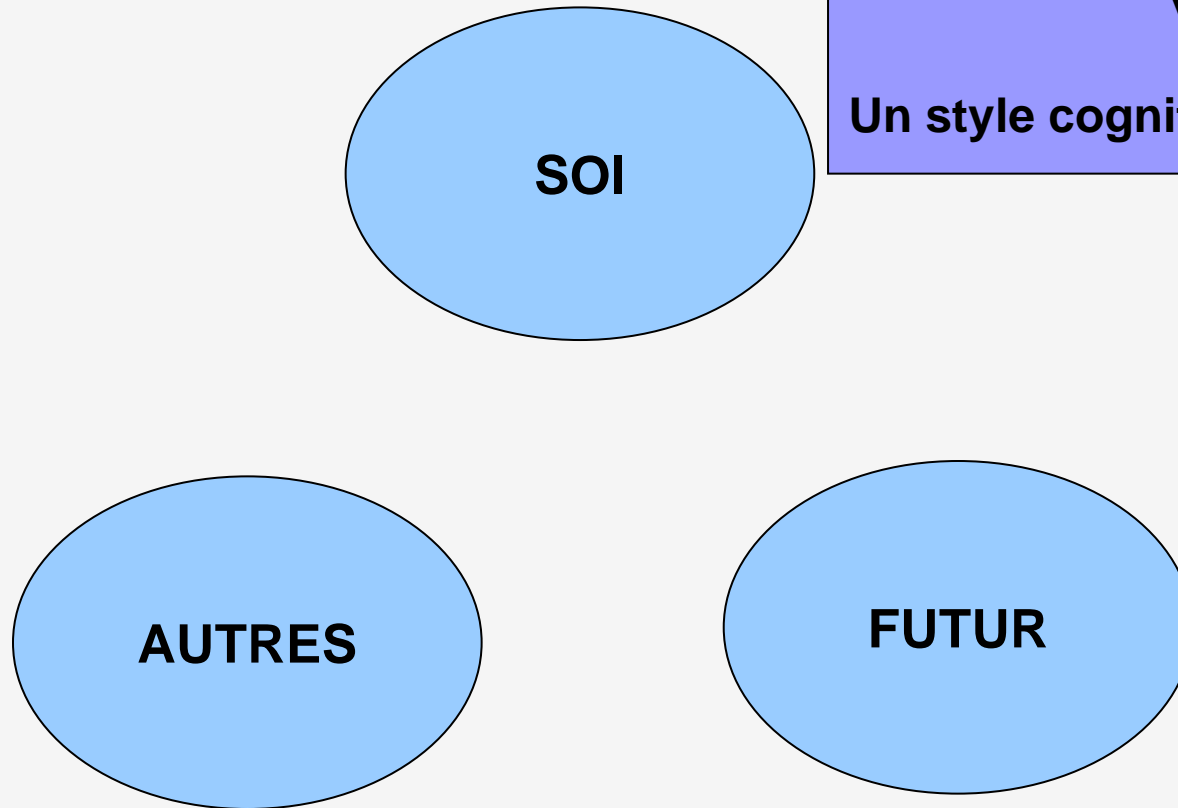
AGITATION

- Inclus ++ manifestations
(Ex.: anxiété, cptm sans but, cris)
- Distinct de la confusion et du delirium, même si peut expliquer ces états
- Peut être une forme d'expression
- 40 % des pts en phase terminale (APES, 2008)

ANXIÉTÉ

- Peur spécifique ou anxiété diffuse
- Tr. D'adaptation, TAG, TSPT, TP
- Conflits psychologiques ou existentielles peuvent y contribuer
- Hypervigilance/ hyperactivité/ tension
- Changement abrupt de la cognition peut entraîner de l'anxiété
- Croyance que l'anxiété est « normale » à ce stade n'aide pas
- Tx: benzodiazépines
 - Clonazepam (stabilisation)
 - Midazolam (aigue, panique)

DÉPRESSION



Doit être contextualisé:

Perte d'espoir à propos
du pronostic

vs

Un style cognitif pessimiste

Triade de Beck

DÉMENCE

Caractéristiques	Delirium	Démence
Début	Aigu	Insidieux
Fluctuation	Jour-Nuit	Stable
Progression	Jours à mois	Mois à années
Niveau de consc.	Altéré	Normal
Attn	Altérée	Normale
Mémoire	Altérée	Altérée
Caractéristiques psychotiques	Fréquentes	Occasionnelles
Act. psychomotrice	Fluctuante	Svt normale

AUTRES TROUBLES MENTAUX

- Troubles de personnalité
 - Paranoïde

- Troubles de l'humeur
 - Trouble bipolaire (II)

- Troubles psychotiques
 - Schizophrénie

- Troubles liés aux substances
 - intoxication ou sevrage

DOULEUR

- Elle induit la psychopathologie et à la fois la psychopathologie peut être amplifiée par la douleur (Wasan & al., 2005)
- Pers. âgées avec de la dlr non soulagée ont 2x + risques de développer le delirium (Watson & al., 2006)

5) TERMINOLOGY CONFONDANTE

Acute confusional state

Acute organic syndrome

Acute brain failure

Organic brain syndrome



Exogenous psychosis

ICU psychosis

Sundown syndrome

Terminal restlessness



Delirium

ÉVALUATION

Évaluation

- Diagnostic clinique
 - Pourra nécessiter ++ évaluations (fluctuant)
- Diagnostic historique
 - Avoir recours à ++ sources d'infos
 - Proches
 - Infirmier(ère)s et autres professionnels

Évaluation

■ Testing avec instruments brefs

Ex.:

- CAM: Confusion Assessment Method
 - Englobe une évaluation cognitive
 - e.g. MMSE: Mini Mental State Exam
- CAM-ICU;
- Delirium Rating Scale (DRS-R-98);
- Delirium symptom Interview;
- Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS);
- Nursing Delirium Screening Scale (NuDESC)

Évaluation

■ *Confusion Assessment Method (CAM)*

1. Début soudain & cours fluctuant
2. Inattention
 - Facilement distrait, difficulté à focaliser
3. Pensée désorganisée
 - Incohérent, contenu inapproprié, illogique
4. Niveau de conscience altéré
 - Alerte-vigilant-léthargique-stupeur-coma

Delirium = 1 + 2 + (3 ou 4)

Causes du delirium en fin de vie

Medication

❖ Ex. opioïdes, stéroïdes, benzodiazépines, anticholinergiques...

Symptômes mal contrôlés

❖ Ex.: douleur, constipation...

Progression de la maladie

❖ Ex.: déshydratation, malnutrition, métastases cérébrales, déséquilibres électrolytiques (Ca, Na), insuffisance des organes, infections, rétention urinaire...

Potentiellement réversible dans 50% des cas

En fin de vie...à traiter ou non?

Traitement des causes ou
palliation des symptomes?



Évaluation

■ Laboratoires

- Il faut les cibler afin de promouvoir le confort en SP :
 - FSC, électrolytes (incluant le Ca, Mg), glucose
 - Fx hépatique et rénale
 - TSH, B12
 - Concentration sanguine de certains médicaments (ex.: digoxin)
 - A+C urine
 - Ultrason de la vessie, saturation en O₂
 - Rayon X des pms
 - ECG
 - Tomodensitométrie
 - PL
 - EEG



Delirium

INTERVENTIONS

Interventions non pharmacologiques

- Créer un environnement sécuritaire
 - Objets familiers
 - Chambre privée
 - Objets pour orienter (ex.: calendrier)
 - Côtés de lit (sécurité ou danger?)
 - Éclairage adéquat



Interventions non pharmacologiques

■ Éducation des proches

- Ce à quoi ils doivent s'attendre:

 - Confusion, fluctuation

- Rassurer

- Orienter le pt

- Ne pas contredire le pt

- Profiter du temps au maximum quand le pt est moins confus

Interventions non pharmacologiques

- Compétence et prise de décision
 - Documenter les souhaits du pt tôt alors qu'il n'est pas confus

 - Évaluation de la compétence
 - Finances, décisions personnelles
 - Compétence globale est évaluée

 - Compétence pour prendre une décision spécifique
 - Exprime un souhait clairement et de façon constante
 - Démonstre une compréhension de la problématique et des conséquences de sa décision

Interventions pharmacologiques

- Symptômes perturbateurs
 - Caractéristiques psychotiques
 - Recommend high potency antipsychotic
Ex.: Halopéridol (*HaldolTM*), rispéridone (*RisperdalTM*)
 - Agitation/Désinhibition
 - Recommend low potency antipsychotic
Ex.: Quetiapine (*SeroquelTM*)

Interventions pharmacologiques

- Besoin de temps en fin de vie...
 - Utilisation de Rx stimulants pour rendre + alerte et augmenter l'énergie afin d'interagir avec les proches
 - Methylphenidate (*Ritalin*TM) 5-10 mg am & midi

- Fin de vie calme...
 - Parfois besoin de combiner ++ classes de Rx pour obtenir une sédation maximale
 - Certaines benzodiazépines sont – exigeantes au niveau de métabolisme hépatique
 - LOT: lorazepam (*Ativan*TM), oxazepam (*Serax*TM), temazepam (*Xanax*TM)

Interventions pharmacologiques

- NPO

- SL: lorazepam, olanzepine Zydys, risperidone
M-tabs

- SC/IM haloperidol, loxapine



Delirium

EXPÉRIENCE SUBJECTIVE

Causes du delirium

(perçues par des professionnels en hospice)

Spirituelles	Spirituelles ou psychosociales	Psychosociales	Physiologiques
---------------------	---------------------------------------	-----------------------	----------------

140

127

<p>Incertitude quant à une vie après la mort(3)</p> <p>Manque de foi/connexion (4)</p> <p>Lutte entre l'esprit et le corps (2)</p>	<p>Pas en paix(16)</p> <p>Pas prêt à mourir (16)</p> <p>Peur de mourir (17)</p>	<p>Affaires non terminées (49)</p> <p>Discordes familiales (24)</p> <p>Problèmes émotionnels (7)</p>	<p>Dyspnée (50)</p> <p>Douleur, inconfort(35)</p> <p>Toxicité à la médication (16)</p> <p>Progression de la maladie (10)</p> <p>Changements métaboliques (10)</p>
--	---	--	---

Expérience d'éveil à l'approche de la mort

- Tentatives de communiquer par le langage symbolique
 1. Description de l'expérience
 2. Demande de qqchse désiré afin d'accéder à une mort paisible
- Souvent ignorées, incomprises
 - Étiquetées comme de la “confusion” ou des “hallucinations”
 - Des interventions inappropriées perpétuent la souffrance
 - Midazolam 2 mg PRN!
- La présence concomitante d'un delirium physiologique n'est pas excluse
 - Malgré cela, même un discours confus peut être significatif

(Callahan & Kelley, 1992)

Interpretive inquiry: Patient perspectives

Durant le délire, les pts vivent une **réalité paradoxal riche de contradictions** (réel vs irréel; *éveil vs rêves, dans l'hôpital vs être ailleurs, effrayant vs plaisant, présent vs passé*)

Les scènes créées durant le délire sont **dramatiques** (Ex.: rats qui sortent d'un ventilateur, *mains momifiées qui cherchent à agripper, être enfermé dans une pièce en train de brûler*). Elles provoquent des **émotions fortes** (colère, peur, panique, *insécurité*)

(Sorensen Duppils & Wikblad, 2007)

Perspective des proches

- Le besoin de communication (Ex.: besoin de dire au revoir)
- Sentiment d'ambivalence (Ex.: sédation)

“Ma mère disait “ne lui administrer pas de sédatifs”, laissez-le nous parler, être avec nous. Elle voulait qu’il reste avec elle, qu’il lui parle. Elle voulait sentir sa présence quand elle se trouvait là, à ses côtés”

(Brajtman, 2003, 2005a; Namba et al., 2007)

Perspectives des proches

Même si les proches reconnaissent le rôle de la sédation dans le soulagement de certains symptômes, ils sentent, malgré tout, que cette intervention entraîne une coupure entre eux et le patient.

- Besoin des informations pertinentes
- Désir de respecter le monde subjectif du patient

L'expérience du delirium a peut-être une signification personnelle et un sens profond dans le contexte psychosocial-spirituel unique de l'individu (Ex.: vie comme fleuriste; tentative de retrouver le contrôle de soi-même)

(Brajtman, 2003, 2005a; Namba et al., 2007)

Implication des proches

Établir des relations avec les proches:

- Donner de l'information sur le delirium avant que celui-ci se produise
- Impliquer les proches dans l'évaluation de l'état du patient (ex.: déviation de son état de base)
- Reconnaître les interprétations que les proches font du délire du patient
- Demander l'opinion sur les interventions non pharmacologiques qui pourraient être aidantes avec leur proche (Ex.: musique, toucher le patient d'une certaine façon)
- Accompagner les proches dans leur ambivalence entre le soulagement de la souffrance et maintenir une certaine communication.

PHYSIOLOGIQUE

Causes (Ex.: infection, médication, hypoxie, changements métaboliques, rétention urinaire, constipation, douleur, métastases cérébrales)

Traitements

SOCIAL

Impact du delirium sur les relations patient-famille-autres

PSYCHOLOGIQUE

Processus cognitifs, perturbations des perceptions (hallucinations, délires), Rx émotionnelles fortes (colère, peur, panique, insécurité, sans espoir, solitude)

SPIRITUEL

Signification de l'expérience du delirium (transition vie/mort, expérience d'éveil à l'approche de la mort, Conflits non résolus, dlt spirituelle)

Delirium alors que le pt se bat contre la mort

