

Cours De Résidanat

Sujet : 29

Les états confusionnels

Objectifs :

1. Définir l'état confusionnel.
2. Etablir à partir des données anamnestiques et cliniques le diagnostic positif d'un état confusionnel.
3. Etablir à partir des données anamnestiques, cliniques et paracliniques le diagnostic étiologique d'un état confusionnel.
4. Décrire les modalités évolutives et les complications d'un état confusionnel.

I- Introduction:

La confusion mentale, encore appelée « delirium » dans la nosologie anglo-saxonne, est une psychose aiguë le plus souvent d'origine organique (90 %).

C'est un syndrome et non une maladie, fréquemment rencontré en médecine générale, souvent méconnu et sous diagnostiqué. C'est « la plus médicale des affections psychiatriques ». C'est une urgence médicale et psychiatrique, à la fois diagnostique et thérapeutique.

Elle touche 10 à 15 % : patients hospitalisés en chirurgie générale, 15 à 20%: patients hospitalisés en service de médecine, 30 % : patients hospitalisés en soins intensifs et 40 à 50% : en postopératoire (fracture de la hanche).

De la précocité du diagnostic positif, étiologique et du traitement étiologique dépend le pronostic.

II- Définition

Il s'agit d'un syndrome neurocomportemental aigu exprimant une dysfonction globale aiguë, transitoire des activités supérieures. Il associe des désordres concomitants :

- des aptitudes cognitives avec troubles de la perception allant jusqu'à l'onirisme,
- de l'état de conscience,
- du comportement psychomoteur,
- des affects.

Classiquement, le début est brutal (quelques heures ou jours), l'évolution est brève, fluctuante, réversible, avec une amélioration rapide (si le facteur causal est identifié et éliminé). Chacun de ces traits caractéristiques peut varier.

Selon le DSM 5, le delirium est défini comme « Une perturbation de la conscience et une modification du comportement cognitif qui s'installent en un temps court et tendent à avoir une évolution fluctuante au cours de la journée».

Des anomalies de l'humeur, de la perception et du comportement sont des symptômes psychiatriques fréquents, souvent associés à des symptômes neurologiques.

Parmi les facteurs prédisposants, on cite la vulnérabilité inhérente aux âges extrêmes (sujet âgé, enfant), la fragilité cérébrale (accident vasculaire cérébral, démence, tumeur, alcoolisme chronique), antécédents de delirium, les maladies générales (diabète, cancer,...), handicap sensoriel.

III- Etude clinique

La confusion mentale est un syndrome caractérisé, essentiellement, par une triade faite d'une altération cognitive (intellectuelle), un onirisme et un syndrome physique.

N° Validation : 0829202037

Le début est généralement brutal, mais, peut également être progressif et peut parfois être précédé d'une phase prodromique.

1-Symptômes prodromiques

La confusion mentale est le plus souvent d'installation rapide (en quelques jours), marquée par des prodromes : anxiété, somnolence diurne, insomnie, hallucinations transitoires (surtout chez le sujet alcoolique), cauchemars, agitation, modifications de l'humeur et du caractère constatées par l'entourage.

L'apparition de ces symptômes chez un patient à risque de confusion mentale doit inciter le clinicien à surveiller le patient avec soin. En outre, les patients ayant des antécédents de confusion mentale referont probablement un épisode dans les mêmes circonstances. Progressivement, le malade s'achemine vers un état confusionnel confirmé.

2- Période d'état :

Le patient est plongé dans un trouble général et profond de la conscience qui caractérise l'état confusionnel : altération de la synthèse mentale (obnubilation, désorientation, amnésie) et expérience onirique.

2-1- Présentation du patient:

La présentation du malade confus témoigne du trouble global des fonctions mentales.

Le faciès est hébété, figé, avec une mimique inadaptée. Le regard est hagard, flou, lointain : «ils ont des yeux et ils ne voient pas». On a l'impression que le malade est absent, retranché de la réalité.

Le comportement psychomoteur peut s'inscrire dans deux tableaux, avec parfois des passages imprévisibles et rapides de l'un à l'autre. Le malade peut être apathique, somnolent, répondant péniblement, lentement et maladroitement aux stimulations. Il est sans initiative et a besoin d'une assistance pour les actes les plus élémentaires (manger, se laver, etc.) : c'est la forme stuporeuse. Il peut aussi être en proie à une agitation stérile, est bruyant et en perpétuel état d'alerte. C'est dans cette forme qu'est décrit l'onirisme. Le malade est incapable de faire la part entre des images internes et celles de l'environnement. L'adhésion du malade au fait qu'il vit ce tableau cauchemardesque est complète, de sorte qu'il peut tenter de s'échapper, se défenestrer ou avoir des gestes de défense dangereux pour lui ou les autres. Une telle forme clinique de confusion correspond à l'état confuso-onirique.

2-2- Signes psychiques:

- L'altération de la conscience et de l'attention : Il s'agit d'un symptôme-clé fait de la perturbation de la conscience avec diminution de la capacité à focaliser, soutenir ou déplacer

N° Validation : 0829202037

l'attention. C'est le symptôme le plus fiable ayant un intérêt dans les formes atténuées et chez le sujet âgé. Elle fluctue dans la journée. Parfois, le malade semble faire un effort et poser des questions pour se repérer ou reconnaître les autres : c'est la perplexité anxieuse ou interrogative, très évocatrice quand elle est présente.

- Éveil : on retrouve deux modalités d'éveil anormal:

- Hyperactivité associée à une vigilance accrue. Forme hyperactive retrouvée dans le delirium dû au sevrage d'une substance ou toxique. Elle peut s'associer à des signes végétatifs tels que rougeur, pâleur, sueurs, tachycardie, mydriase, nausées, vomissements et hyperthermie.

- Hypoactivité associée à une vigilance diminuée. Les patients avec les symptômes d'hypoactivité sont parfois classés comme déprimés, catatoniques ou déments.

On peut observer aussi des patients présentant un mélange de symptômes d'hypo- et d'hyperactivité (forme mixte).

- Cognition : en plus d'une diminution de l'attention, les patients peuvent présenter une réduction considérable des résultats cognitifs (symptôme d'hypoactivité) avec une réduction de la capacité à résoudre les problèmes et une altération de la mémoire (atteinte de la mémoire de fixation (enregistrer), atteinte de la mémoire d'évocation (retenir et remémorer), rappel des souvenirs anciens peut être préservé. On trouve parfois une écnésie (hallucination de la mémoire: irruption dans la conscience de souvenirs du passé ressentis et revécus comme actuels), ou une illusion déjà vu déjà vécu.

- Humeur : il y a souvent des anomalies de la régulation de l'humeur. Les symptômes les plus habituels sont la colère et la peur injustifiée. Parfois, on trouve de l'apathie, de la tristesse ou de l'euphorie

Quelques patients passent rapidement de l'une de ces émotions à l'autre au cours de la même journée.

- Langage : il y a souvent des anomalies du langage. Le discours peut être décousu, inadapté ou incohérent, et le patient peut avoir du mal à comprendre ce qu'on lui dit.

- Orientation : l'orientation dans le temps est habituellement perdue, même dans les formes légères. L'orientation dans l'espace et la capacité à reconnaître les autres personnes (membres de la famille) sont détériorées dans les cas sévères. On peut trouver une identification erronée de personnes étrangères comme familières: fausses reconnaissances (médecin et infirmier pris pour membre de la famille ou collègue). Un confus perd rarement la capacité de s'identifier.

- Perception : Incapacité généralisée dans le domaine de la discrimination sensorielle avec une absence d'intégration de leurs perceptions actuelles à leurs expériences passées.

N° Validation : 0829202037

Le confus peut présenter un Le délire onirique (ONEIROS = Rêve). Le délire onirique est assimilé à un état de « Rêve éveillé immédiatement vécu et agi ».

-Les mécanismes du délire : sont principalement hallucinatoires. Les hallucinations sont surtout visuelles, mais aussi, auditives, olfactives, cénesthésiques. Elles peuvent prendre un caractère simple (tâche lumineuse, son...) ou un être complexe et élaboré (défilés d'images mobiles, enchaînement de scènes comme dans un film. Les illusions visuelles et auditives sont fréquentes. Le plus souvent, l'existence de l'onirisme oriente vers une étiologie toxique.

Les thèmes du délire : le contenu est désagréable, et terrifiant (visages monstrueux, flamme). Les thèmes de zoopsies (visions d'animaux effrayants) sont classiques. Les thèmes professionnels sont fréquents.

La réaction au délire : Le sujet n'est pas spectateur de ces visions hallucinatoires : il en est l'acteur ; il les vit et les agit intensément, participant à son cauchemar, pouvant par exemple mimer une activité professionnelle, se battre contre ses hallucinations, agresser ses adversaires (imaginaires), ou se défenestre en fuyant (risque médico-légal).

L'onirisme n'est pas obligatoire au diagnostic et il constitue une source d'erreur diagnostique (avec les autres troubles psychotiques).

- Perturbations du cycle veille- sommeil : Perturbation caractéristique avec une somnolence la journée. Mais, le sommeil est presque toujours court et fragmenté. Parfois, le cycle entier veille-sommeil est simplement inversé. Les symptômes confusionnels s'exacerbent parfois juste à l'heure du coucher : « aggravation vespérale et nocturne ». De temps en temps, les cauchemars et les rêves se poursuivent pendant la période d'éveil sous formes d'expériences hallucinatoires.

2-3- Syndrome psychique: il est constant, mais variable d'un patient à un autre (en fonction du terrain et de l'étiologie). Il impose un examen général, neurologique et biologique complet.

- Le syndrome somatique général : les signes physiques montrent de façon constante une altération de l'état général avec des signes de déshydratation et de dénutrition, en particulier de la fièvre ou hypothermie, une oligurie, une langue saburrale, une anorexie, une constipation et des sueurs, un pouls volontiers rapide, une pâleur ou à l'inverse bouffées vasomotrices.

- Le syndrome neurologique : habituellement, la confusion mentale s'accompagne de symptômes neurologiques, tels que dysphasie, tremblement, incoordination, incontinence urinaire et des céphalées. Des signes neurologiques focaux peuvent aussi faire partie du tableau clinique.

- Le syndrome biologique : signes de déshydratation (hyperazotémie, hyperprotidémie, hématicrite augmentée, troubles hydro-électrolytiques : anomalies glycémiques, acidocétose.

N° Validation : 0829202037

IV- Examen somatique

Évaluer l'état général : à la recherche d'une fièvre, ou une déshydratation

Signes neurologiques : céphalées, ROT vifs, hypertonie, voire convulsion, signes neurologiques focaux.

Examen physique du patient confus

Paramètre	Donnée clinique	Cause possible
Pouls	Bradycardie	Hypothyroïdie ; HTIC
	Tachycardie	Hyperthyroïdie ; infection..
Température	Fièvre	Maladie infectieuse ; crise thyrotoxisique ; vascularite
TA	Hypotension	Choc ; hypothyroïdie
	Hypertension	Encéphalopathie ; lésion expansive intracrânienne
Respiration	Tachypnée	Diabète ; pneumonie ; défaillance cardiaque ; fièvre
	Superficielle	Intoxication (alcool++)
Cou	Rigidité de la nuque	Méningite ; hémorragie méningée
Yeux	Œdème papillaire	Tumeur ; encéphalopathie hypertensive
	Dilatation pupillaire	Hyperactivité neurovégétative (sevrage alcoolique par exemple)
Haleine	Cétonique	Diabète
Système nerveux	ROT asymétriques avec signe de Babinsky	Lésion expansive intracrânienne ; AVC ; démence
	Faiblesse dans le regard latéral (Nerf moteur oculaire externe)	Lésion expansive intracrânienne ; AVC
	Hyperactivité végétative	Anxiété ; delirium tremens

V- Examens complémentaires

Les examens complémentaires d'un confus devraient inclure les examens de routine et des examens complémentaires indiqués par la situation clinique.

N° Validation : 0829202037

Il faut systématiquement effectuer une glycémie capillaire et un ECG au même temps que l'examen.

En cas de signes de focalisation, il faut systématiquement effectuer une TDM cérébrale. En l'absence d'une étiologie évidente, un EEG est indiqué à la recherche d'un état de mal parfois non convulsif.

En fonction de l'orientation diagnostique, des examens biologiques seront demandés : chimie sanguine (ionogramme sanguin, glycémie, examens hépatiques et rénaux), NFS avec numération plaquettaire, VS, gazométrie, bilan thyroïdien, calcémie, sérologie syphilitique, ECBU, ECG, EEG, radiographie pulmonaire, recherche de substances psychoactives dans le sang et les urines, hémocultures, ponction lombaire, TDM, IRM.

VI- Diagnostic positif

Il est basé sur l'interrogatoire (début aigu), l'examen clinique et les examens complémentaires (urgents et d'orientation). Trois éléments sont importants : la fluctuation des troubles, l'aggravation vespérale, et la perplexité anxieuse.

Critères diagnostiques du DSM 5 du delirium dû à une affection médicale générale :

A. Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.

B. Modification du fonctionnement cognitif (tel qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement qlq h ou qlq j) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou les examens complémentaires d'une perturbation due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

VII- Formes cliniques :

Classiquement, on distingue :

1- Formes symptomatiques :

1-1-Forme stuporeuse :

- Confusion mentale profonde.
- Au premier plan : Passivité, apathie, mutisme.
- Onirisme discret ou absent.

N° Validation : 0829202037

- En faveur d'une origine lésionnelle cérébrale.

1-2- Formes agitées :

- Au premier plan : Onirisme et agitation.

- Origine toxique +++

1-3- Formes mineures dégradées :

- Grande fluctuation, nombreux et longs moments de pleine vigilance.

- Pas d'anomalies apparentes

- Pas de délire.

- Symptômes discrets : déficit attentionnel, de l'orientation et de la mémoire.

- Peut passer inaperçue.

1-4- Formes suraiguës malignes :

- Devenues exceptionnelles.

- Profondeur du syndrome confusionnel.

- Syndrome somatique marqué.

- Évolution spontanément mortelle.

- Peut être en rapport avec une encéphalopathie.

1-5- Forme hystérisiforme :

Plus fréquente au cours du post-partum.

2- Formes selon l'âge :

2-1- Enfant :

- Plus vulnérable, surtout aux infections et à la fièvre.

- Manifestations trompeuses, rendant le diagnostic difficile.

- Fréquence de l'onirisme.

2-2- Sujet âgé :

- Fréquente vue la vulnérabilité liée au vieillissement cérébral et aux tares.

- Au premier plan : désorientation temporo-spatiale et troubles de la conscience.

- L'onirisme est en règle absent.

VIII- Diagnostic différentiel :

La confusion mentale est un syndrome neurocomportemental aigu exprimant une dysfonction globale aiguë des activités supérieures, en opposition aux dysfonctions supérieures globales chroniques (démence) et aux dysfonctions aiguës focalisées (aphasie, amnésie, apraxie).

N° Validation : 0829202037

1- Démence

	<i>Confusion mentale</i>	<i>Démence</i>
Altération de la mémoire	+	+
Altération du jugement	+	+
Altération de la pensée	+	+
Altération du cycle veille-sommeil	+	+
Désorientation	+	+
Début	Aigu	Progressif
Perception	Hallucinations (+)	Hallucinations (-) fréquentes
Attention	Déficit (+)	Déficit à stade avancé
Conscience	Fluctuante	Normale
Fluctuation nyctémérale	(+)	(-)
Attitude	Perplexité anxieuse	Indifférence
Evolution	Réversible	Spontanément irréversible

Le syndrome démentiel avec atteinte cognitive pure constitue un diagnostic différentiel délicat car favorise l'émergence d'authentiques syndromes confusionnels. Un épisode confusionnel peut révéler un syndrome démentiel jusque-là plus au moins ignoré.

2- Les bouffées délirantes aiguës : Quand prédomine l'activité onirique, le diagnostic différentiel se pose. Une note confusionnelle est présente dans la BDA mais elle est légère.

	<i>Confusion mentale</i>	<i>BDA</i>
<i>Délire</i>	Hallucinations visuelles Délire onirique	Délire polymorphe Vécu de dépersonnalisation
<i>Conscience</i>	Désorientation TS vraie Perturbation profonde de la vigilance	Pas de désorientation vraie Pas de perturbation profonde de la vigilance
<i>Attitude</i>	Perplexité anxieuse	Pas de perplexité
<i>Résolution de l'accès</i>	Amnésie + ou - totale	Absence d'amnésie
<i>Etiologie organique</i>	Toujours la rechercher	Absente le plus souvent

N° Validation : 0829202037

3- Amnésies : En particulier le syndrome de Korsakoff. Elles ne posent généralement pas de problème diagnostique. Le comportement, les perceptions, les capacités d'attention et le jugement y sont préservés. Il n'y a pas d'atteinte cognitive globale.

4- Aphasie sensorielle (aphasie de Wernicke) : elle est souvent confondue au premier abord avec un delirium. L'écoute attentive du patient permet de reconnaître l'abondance des paraphrasies (ex: quand on lui montre un verre il dit boire, soif...). La vigilance est normale. Il y a également des troubles de la compréhension et de l'expression du langage parlé et écrit.

5-Devant une forme hypoactive :

5-1-Mélancolie stuporeuse :

Quand prédomine le tableau stuporeux, l'inhibition psychomotrice peut faire évoquer un état de stupeur confusionnelle. Cependant dans la mélancolie, il n'y a pas de désorientation temporo-spatiale. Un EEG peut être réalisé. Il montre dans la confusion un ralentissement général de l'activité.

5-2- Catatonie.

6- Devant une forme hyperactive et agitée :

6-1- Schizophrénie productive : En général, les hallucinations et les idées délirantes des patients schizophrènes sont constantes, moins fluctuantes et mieux organisées que celles des patients présentant un delirium. De plus, chez les patients schizophrènes, on ne retrouve pas habituellement de modifications au niveau de la conscience ou de l'orientation.

6-2- Manie.

IX- Diagnostic étiologique

Il repose sur :

- L'interrogatoire de l'entourage qui précisera les circonstances d'apparition du trouble (traumatismes, infection, intoxication, prise de médicament, exposition à un risque domestique), les antécédents médicaux, les antécédents psychiatriques.
- L'examen clinique complet.
- Les examens complémentaires seront orientés par l'examen clinique et l'anamnèse (hémocultures, PL, scanner, analyse toxicologique, gaz du sang...).

IX-1- Causes organiques

IX-1-1- Causes infectieuses :

Toutes les maladies infectieuses peuvent entraîner une confusion, en raison de la fièvre qui les accompagne ou par l'action directe du germe responsable. Elles peuvent être virales, bactériennes ou parasitaires.

N° Validation : 0829202037

Les infections bactériennes : la fièvre typhoïde (typhus), R.A.A., Brucellose, Tuberculose (localisations méningées encéphaliques du BK)...

Les infections virales, par la localisation méningo-encéphalitique du virus, exemples : la rougeole, la grippe, les oreillons, ...

Les infections parasitaires : Paludisme, Toxoplasmose, Rickettsiose, ...

Chez le sujet âgé, les plus fréquentes sont les pneumonies, les infections urinaires, les méningites, les encéphalites, les septicémies...

IX-1-2- Causes iatrogènes :

Les médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques sont particulièrement pourvoyeuses d'état confusionnel sur un terrain fragilisé comme le sujet âgé. Les médicaments les plus fréquemment associés à un épisode confusionnel chez le sujet âgé sont les psychotropes, les anti-parkinsoniens, les anti-arythmiques, les anti-convulsivants, les corticoïdes à fortes doses, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anti-histaminiques (les anti-H2), les hypoglycémisants oraux, les antibiotiques, les antalgiques, les médicaments cardiovasculaires (digitaliques, β -...), la théophylline....

IX-1-3- Causes cardiovasculaires :

Syndrome coronaire aigu, trouble du rythme ou de la conduction, embolie pulmonaire, état de choc.

IX-1-4-Causes neurologiques (non infectieuses) :

Accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural, hémorragie méningée, épilepsie (per ou postcritique), traumatisme crânien, encéphalopathie carencielle, tumeur cérébrale.

IX-1-5- Causes métaboliques et endocriniennes :

Diabète par hypoglycémie, acidocétose ou hyperosmolarité, dysthyroïdies, hypoglycémie, hyponatrémie, hypernatrémie, déshydratation, hypercalcémie, hypoxie (anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque), insuffisance rénale aiguë, encéphalopathie hépatique, tous les troubles hydroélectrolytiques.

IX-1-6- Causes toxiques :

- Alcool :

Par intoxication aiguë (ivresse aiguë) ou par intoxication chronique (dans le cadre des encéphalopathies éthyliques par carence vitaminique ou en réaction à un sevrage brutal entraînant un délirium tremens).

N° Validation : 0829202037

Les manifestations somatiques (fièvre, hypertension avec évolution vers un collapsus en l'absence de prise en charge, tremblements, agitation), et l'onirisme (thèmes professionnels ou zoopsies) sont évocateurs d'un délirium tremens.

Une infection intercurrente, un arrêt brutal de l'intoxication éthylique ou une intervention chirurgicale sont à rechercher systématiquement devant tout delirium tremens.

- Autres toxiques : Sont responsables de tableaux confusionnels les drogues psychostimulantes et psychodysléptiques et les intoxications accidentelles (mercure, zinc, oxyde de carbone, insecticides, ...).

IX-1-6- Autres causes :

Douleurs aiguës, rétention aiguë d'urine, état sub-occlusif sur fécalome, fièvre isolée, traumatismes ostéo-articulaires ou des parties molles, hospitalisation ou entrée en institution, facteurs environnementaux dont la contention physique, privation ou surcharge sensorielle aiguë (visuelle ou auditive), privation de sommeil, affections hématologiques (leucémies ...) ou cancers, collagénoses, électrocution, coup de chaleur; irradiation thérapeutique.

IX-2- Causes psychiatriques

Rares, après avoir éliminé toutes les autres causes.

- Psychose puerpérale : qui peut se manifester par un état confuso-onirique.
- Schizophrénie : des accès confuso-oniriques ou confuso-délirants peuvent inaugurer ou émailler un processus schizophrénique.
- Confusion mentale primitive (ou psychogène).
- Confusion mentale post émotionnelle et réactionnelle : situations de stress intense, traumatismes psychiques (deuil, guerre ...).
- Il peut s'agir d'une forme confusionnelle d'un trouble de l'humeur (manie confuse).

X- Évolution et complications

Elle dépend de l'étiologie, fragilité du terrain (état somatique et psychique du sujet), durée de l'accès et précocité du traitement.

La survenue d'un delirium est en soi de mauvais pronostic, à moyen et long termes . Le taux de mortalité à 3 mois varie entre 23 et 33%. Il est possible que la mortalité à 1 an, atteigne 50%, principalement en raison de la gravité de l'affection médicale associée qui a entraîné le delirium. Les symptômes durent habituellement aussi longtemps que les facteurs causaux sont présents.

L'évolution favorable est la plus fréquente. La guérison est rapide, progressive en général, avec un parallélisme entre les signes physiques et psychiques.

N° Validation : 0829202037

Après l'identification et le traitement des facteurs causaux, les symptômes rétrocedent habituellement en 3 à 7 j (certains parlent de 10 à 12 j) sans séquelles et avec une amnésie totale de l'épisode critique (amnésie lacunaire après la résolution).

On peut voir chez le sujet âgé une évolution prolongée mais favorable.

Dans tous les cas, l'amélioration concomitante de l'état mental et physique est d'une grande valeur pronostique.

Parfois, après la disparition des troubles confusionnels, le patient peut rester sous l'influence de son expérience onirique. Il est convaincu de la réalité de certaines scènes vécues au cours de la confusion: ce sont les idées fixes post oniriques qui disparaissent généralement au bout de quelques jours.

La discordance entre amélioration psychique et physique est un signe défavorable.

Si le syndrome physique persiste malgré la lucidité retrouvée, on peut craindre une rechute : ce sont des formes à rechutes possibles sur des terrains fragiles (sujet âgé).

Si la confusion mentale persiste en dépit d'un équilibre physique retrouvé, le passage à la chronicité est à craindre. Le problème de distinction avec une démence s'impose. Cette forme est rencontrée surtout quand persiste le trouble cérébral sous jacent.

Plus rarement, ces reliquats oniriques peuvent s'organiser en un délire chronique post-onirique d'allure schizophrénique ou paranoïaque.

L'évolution mortelle est exceptionnelle actuellement grâce au traitement. Elle peut survenir par l'épuisement et les désordres métaboliques sévères du fait de la gravité de l'étiologie.

Outre les complications liées à l'étiologie, d'autres complications peuvent se voir : complications traumatiques consécutives aux comportements de fuite et aux chutes, raptus anxieux, fugue, errance, passage à l'acte suicidaire ou des actes médico-légaux auto ou hétéro-agressifs généralement secondaires à l'onirisme, survenue d'un délire aigu (rare avec agitation intense, fièvre élevée, déshydratation, hyperazotémie).

XI- Conclusion

La confusion mentale est fréquente dans les services de médecine, de chirurgie et de psychiatrie. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique. Son diagnostic est aisé en général, mais, impose la recherche minutieuse d'une affection organique sous-jacente qui conditionne le pronostic. Le traitement précoce et bien conduit permettra d'éviter les complications.