

CONFUSION MENTALE EN CANCEROLOGIE



LES REFERENTIELS

Soins Oncologiques de Support

Décembre 2010

CONFUSION MENTALE EN CANCEROLOGIE



Version validée : 03/12/2010

PRA-SOS-1012CONFUS

Rédacteur(s)	Coordonnateur(s) Isabelle PIOLLET (ONCOPACA) Membres du groupe de travail Majid BRUNET (RRC-RA), Sarah DAUCHY (ONCORIF), Brunella FIORINI (RRC-RA), Virginie FOUBERT (RRC-RA), Marianne KAZES (RRC-RA), Thierry MONTAUT (ONCOLOR); Sylvie PERRIN (RRC-RA); Michel REICH (ONCO Nord-Pas-de-Calais), Robert RIOU (RRC-RA), Pierre SALTEL (RRC-RA), Luc TAILLANDIER (ONCOLOR).
Contributeurs	Relecture Majid BRUNET (RRC-RA), Sarah DAUCHY (ONCORIF), Fadila FARSI (RRC-RA), Thierry MONTAUT, Isabelle PIOLLET (ONCOPACA)(ONCOLOR), Michel REICH (ONCO Nord-Pas-de-Calais), Pierre SALTEL (RRC-RA) Participants aux ateliers des J2R Antonia ALTMAYER (Psychologue), Regis BLANC (Médecin spécialiste), Nadia BOUHEDDOU (Médecin spécialiste), Majid BRUNET (méthodologiste), Séverine CARRÉ (IDE), Sylvie CASTELAIN (IDE), Olivier COLLARD (Médecin hospitalier), Catherine CORNUOT, Sarah DAUCHY Médecin spécialiste), Claire DELORME (Médecin hospitalier), Brunella FIORINI(IDE), Virginie FOUBERT(IDE), Véronique FRASIE, Claire JOSSE (Médecin hospitalier), Gaultier LE QUANG (Interne en psychiatrie), Pascal LEVEQUE(Médecin hospitalier),, Thierry MONTAUT (Médecin hospitalier), Didier NAOURI (Médecin hospitalier), Jean Yves NIEMIER (Médecin hospitalier), Anny PAROT MONPETIT(Médecin spécialiste), Frédérique PECHINOT(Médecin spécialiste), Michèle PIBAROT(Médecin spécialiste), Isabelle PIOLLET (Psychiatre), Claude PIOT BOISSIER (Médecin urgentiste), Michel REICH (Psychiatre), Chantal REINIGER (IDE), Robert RIOU (Oncologue), Pierre SALTEL (Psychiatre), Luc TAILLANDIER (Médecin spécialiste), Guénaëlle THEROUDE (IDE), Isabelle THILTGES (Médecin hospitalier), Stéphanie TRAGER (Médecin hospitalier).



Table des matières

Définitions, formes cliniques -----	4
Données épidémiologiques-----	5
Fausse idées sur la confusion-----	6
Prévention / dépistage-----	7
Démarche diagnostique précoce-----	11
Traitement d'un syndrome confusionnel : définir les objectifs-----	12
Traitement étiologique -----	13
Démarche étiologique, examens clinique et para clinique-----	14
Traitement symptomatique de la confusion -----	16
Modalités de prescription: Etapes de traitement-----	17
Prise en charge environnementale-----	19
Prise en charge de la fin de l'épisode (gestion de l'après-confusion) -----	20
Coordination des soins-----	21
Annexes	
Annexe 1 : Echelle EDD-----	22
Annexe 2 : Bonnes pratiques pour le contrôle de la confusion mentale en soins palliatif-----	23
Annexe 3 : l'Index de RUEFF-----	24
Bibliographie -----	25

Définitions et formes cliniques

Définitions

Dysfonctionnement cérébral global, non spécifique, souvent transitoire et réversible, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des processus organiques .

(En langue anglaise, on utilise le terme de Delirium.)

La Confusion mentale est un **syndrome** où plusieurs fonctions neuropsychiques sont affectées, et qui s'exprime avec un **polymorphisme clinique** qui contribue à la grande difficulté d'un diagnostic précoce et d'une évaluation fiable de l'intensité des troubles.

Principales catégories de symptômes (CIM-10)

- Troubles de la **vigilance** et de **l'attention** (obnubilation)
- Troubles **cognitifs** (mémoire, idées, désorientation temporo-spatiale)
- Troubles du **comportement** qui vont se manifester selon 3 formes cliniques:
 - ✓ soit agitation, agressivité : forme agitée
 - ✓ soit apathie, somnolence : forme ralentie
 - ✓ soit forme mixte (alternance de forme agitée et ralentie)
- Troubles du **sommeil** : insomnie, inversion du cycle nyctéméral, cauchemars et **onirisme** (hallucinations, illusions, fausses reconnaissances, délire)
- Début souvent brutal ou rapidement progressif** et **intensité des troubles très fluctuante** et très sensible aux conditions de l'environnement (stimulation)

C'est un syndrome qui peut être réversible s'il est traité **à la fois** de manière symptomatique et étiologique.

Quelque soit le contexte, **le syndrome confusionnel doit faire l'objet d'un diagnostic précoce et le traitement doit être considéré comme une urgence !** (même s'il est différent dans ses objectifs et moyens selon l'étape de la maladie)

Données épidémiologiques en oncologie

Données épidémiologiques

C'est un syndrome dont la fréquence est **sous-estimée** dans la pratique quotidienne en oncologie : entre un tiers à deux tiers des cas de confusion sont sous diagnostiqués , détectés tardivement ou même non détectés (Inouye, Leonard)

- ✓ près de 80% des patients en phase terminale de cancer
- ✓ 8 à 40 % des patients hospitalisés en oncologie
- ✓ en post opératoire, 15% à 70 % des personnes âgées deviennent confuses
- ✓ au domicile : pas de données

La forme ralentie est la plus fréquente surtout dans un contexte de soins palliatifs, entre 50 % à 86%

La forme agitée représente une minorité des formes cliniques (13 à 46% en phase palliative) mais c'est paradoxalement la forme la plus souvent diagnostiquée (car la plus bruyante).

Dimension Pronostique

Dans un contexte de soins palliatifs : le syndrome confusionnel est un facteur prédictif de décès

Hors contexte de soins palliatifs : le syndrome confusionnel est un facteur pronostic de gravité

Le devenir des formes somnolentes est plus sévère que celui des formes agitées +++

Fausse idées sur la confusion

•C'est un problème de patients âgés et/ou de sevrage / surdosage !!

Oui	Non
car ce sont des facteurs de risque +++	car affecte aussi les patients plus jeunes dans de nombreuses autres circonstances

•C'est un problème psychiatrique !!

Oui	Non
car il y a une souffrance psychologique intense pour le patient et les proches et les symptômes sont influencés par le contexte émotionnel	car même si les symptômes de la confusion sont de nature psychiatrique et les traitements recommandés communs avec ceux des psychoses, le déterminisme en est totalement différent

•C'est un problème de sénilité !!

Oui	Non
car le grand âge et l'existence d'une démence sont des facteurs de risque importants de confusion mentale	car la confusion mentale survient brutalement, peut être réversible, et entraîne une altération de la conscience. Elle n'est pas forcément associée à une détérioration organique cérébrale définitive

•C'est le problème des médecins !!

Oui	Non
car c'est une urgence médicale nécessitant un diagnostic et une thérapeutique rapides	car les manifestations cliniques varient selon le moment et le contexte et donc le repérage et l'évaluation des symptômes doit impliquer <u>tous les soignants</u> , surtout ceux de proximité!
Le dépistage et la prise en charge dépendent nécessairement d'un travail en interdisciplinarité.	

Prévention et dépistage de la confusion

Prévention

•Repérer les facteurs de risques

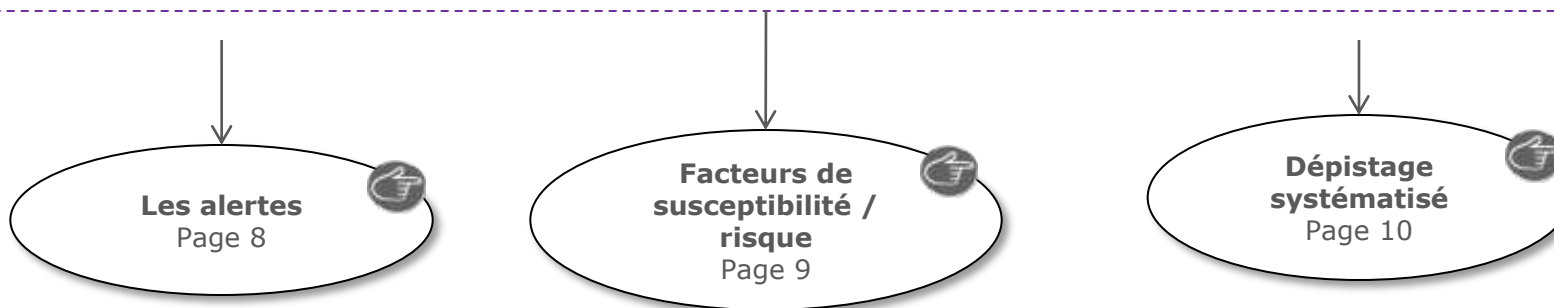
•**Favoriser la transmission d'informations** entre soignants, entre lieux de soin et avec la famille +++ (Outils communs ville-hôpital)

•Cette prévention :

- relève **d'actions médicales** : éviter certaines **polymédications**, surveiller équilibres métaboliques, ...
- relève d'actions de **soins infirmiers** : communication, information du patient, de la famille, mobilisation du patient, hydratation,...
- relève du **rôle des proches** : anamnèse, soutien, présence...

Dépistage

Si les actions de prévention ont un impact modeste, **les actions de dépistage permettent un recours moindre aux neuroleptiques**



Dépistage



Des paroles qui devraient alerter

Des soignants et des proches perplexes et pas toujours d'accord...

Les mots souvent utilisés pour décrire la confusion :

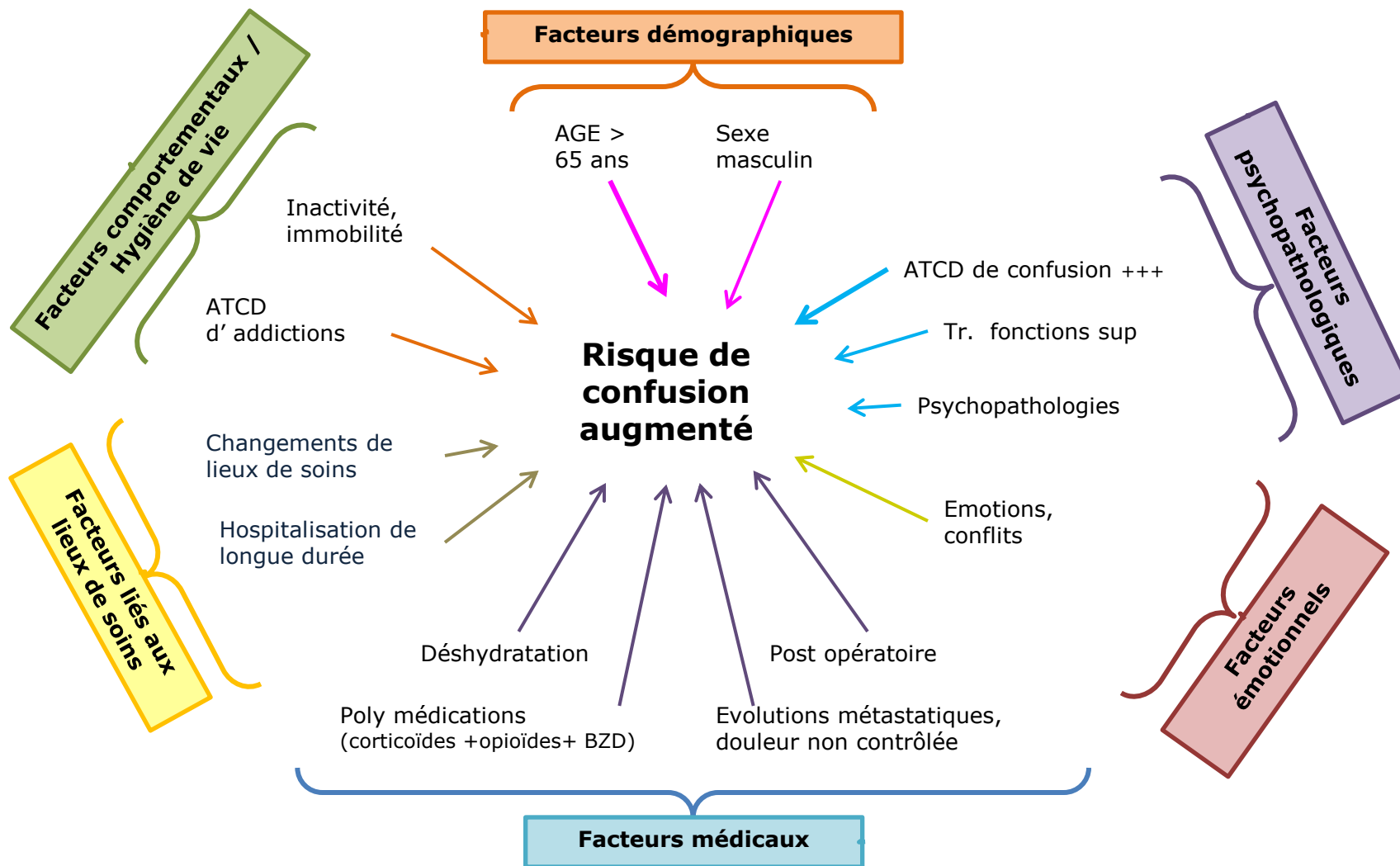
- « il est « perdu » , elle « plane »... »
- «il ne sait pas ce qu'il veut ! »
- « il somnole l'après midi »
- «il a fugué »
- « il est dangereux et agressif »
- «Il est insomniaque et s'agite la nuit »
- « L'équipe de nuit ne le supporte plus mais avec nous il est gentil !!! »
- « Avec le médecin , il parle »
- « Pendant la toilette, avec moi, il est bien... »

Des « explications » fréquemment données du syndrome confusionnel :

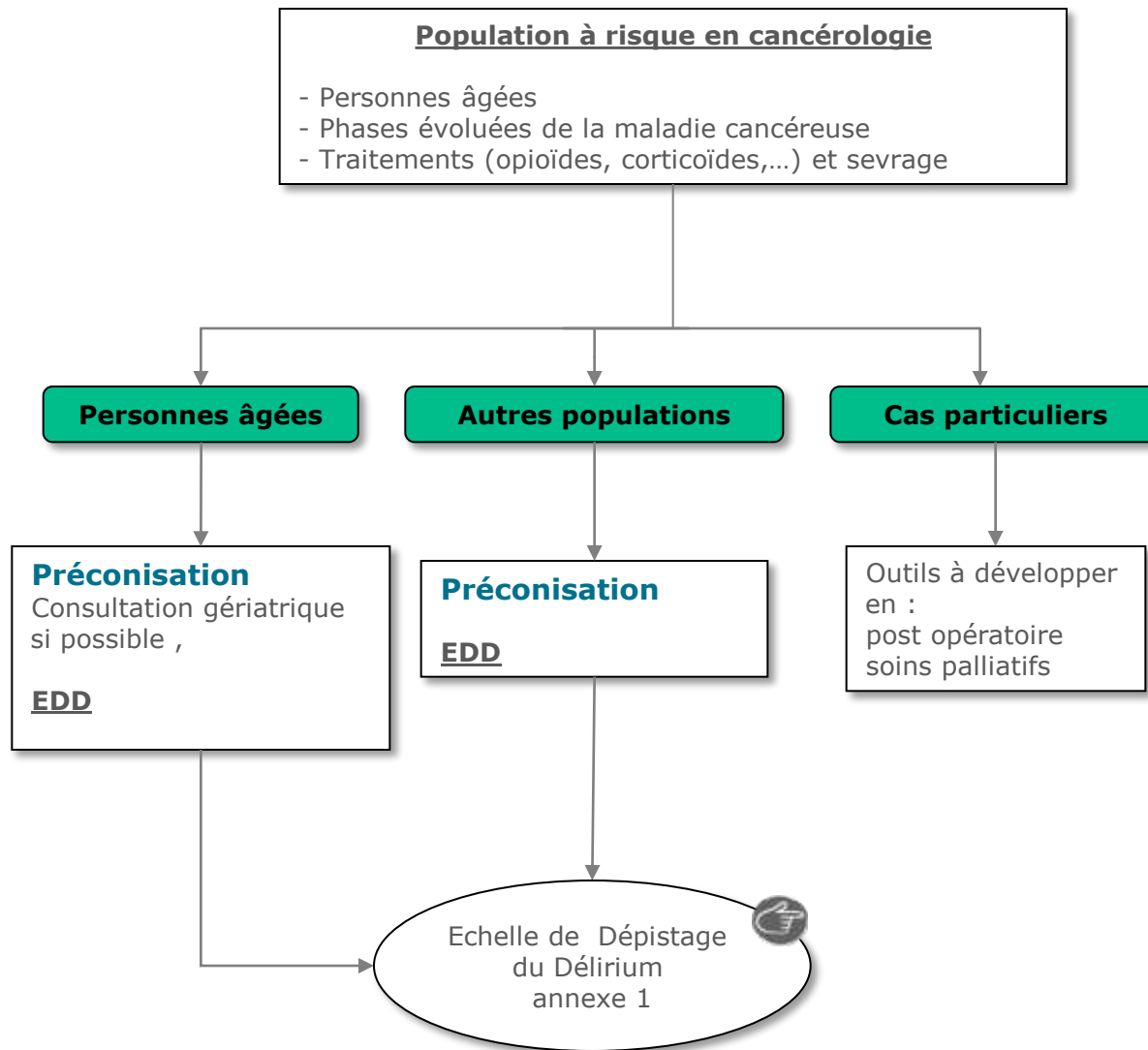
- « Il est déprimé, il est dément »
- « Il fait un délire paranoïaque »
- « Il est ambivalent »
- « Il est souvent anxieux »
- « il devrait être « en » psychiatrie »
- « Il ne tolère pas les antalgiques »
- « Il ne veut plus rester à l'hôpital... »
- « Son mari ne la supporte pas à la maison! »
- « Cela s'arrangera chez lui ... »
- « ???... »

Lorsqu'un symptôme est fluctuant on peut affirmer sa présence et non son absence.

Confusion mentale : Facteurs de susceptibilité ou de risque



Etape d'un dépistage systématisé



Qui évalue ?

Dépistage systématisé :
Tous les soignants, surtout de proximité

Evaluation de l'intensité clinique :
Personnes ressources (IDE , psychologues,...)

Spécifiques:
Evaluation gériatrique
Professionnels en soins intensifs post opératoires

Démarche diagnostique précoce

La précocité du diagnostic est fondamentale (ne pas attendre la survenue d'une phase d'agitation!!!) car :

- ✓ Certaines causes sont aisément curables
- ✓ Le syndrome confusionnel engendre des risques (fugue, chute, violence, suicide)
- ✓ Augmente d'autres symptômes (douleur) et la mortalité
- ✓ Perturbe toutes les relations avec et autour du patient
- ✓ Entraîne une souffrance intense chez le patient et ses proches

Le diagnostic précoce est difficile car il implique de **rechercher des signes souvent discrets** par :

- ✓ **Un interrogatoire précis** : orientation temporo-spatiale, mémorisation immédiate, difficultés d'attention, ...
- ✓ **Une attention portée aux changements de comportements récents** (début souvent brutal de la confusion) : modification du caractère, agitation, troubles du sommeil avec cauchemars
- ✓ **Un partage des observations** avec les proches, les autres métiers et les autres équipes (variabilité ++ dans le temps)



- ✓ Mobilisation **principalement** dans le cas des formes agitées (car elles sont dérangeantes !)
- ✓ Les formes **ralenties** sont souvent **négligées** ou restent **inaperçues**, elles sont pourtant souvent de mauvais pronostic !

Traitement d'un syndrome confusionnel : plusieurs objectifs

Répondre à l'urgence médicale et soignante

Le traitement étiologique

Traiter des facteurs de causalité immédiatement curables pouvant entraîner la réversibilité du trouble confusionnel

Rechercher les causes somatiques curables de façon raisonnée, en tenant compte de l'état du patient, donc savoir prioriser les bilans et examens (a minima si phase terminale ou plurifactorialité)

Evoquer les facteurs psychopathologiques réels ou supposés (lors d'une annonce traumatique par exemple) comme des co facteurs émotionnels à prendre en compte dans une optique de prise en charge globale, l'élimination formelle de toute étiologie organique étant impossible.

Le traitement symptomatique et environnemental

Sécurité et confort du patient, des soignants et de la famille

Rétablissement des fonctions cognitives garantes de la dignité du patient

Diminution de la souffrance pour tous

Prévention du risque de maltraitance

Evitement de ré hospitalisations

Préparation de la « sortie de crise » en réduisant le traumatisme de l'épisode

Traitement étiologique

D'autant plus que la confusion est AIGUE et inattendue :

- Chercher (++) une cause qui peut être rapidement curable et assurer la réversibilité du syndrome confusionnel;
- Toutefois, dans 50% des cas, on ne trouve pas d'étiologie univoque mais plutôt l'intrication de plusieurs causes...

Tableau **principales étiologies
mécaniques**
et **tableau 1**
Page 14

Maladie évoluée, phase palliative :
Prioriser et ne pas multiplier les bilans.

Le traitement étiologique ne dispense
pas du traitement symptomatique &
environnemental.

**Syndrome confusionnel et cancer
Principales étiologies organiques**

Causes métaboliques et nutritionnelles (voir tableau 1 ci-contre)
Tumeurs parenchymateuses ou méningées
Traitements médicamenteux symptomatiques (tableau 2 ci-dessous)
Traitements oncologiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) (voir tableau 3 ci-dessous)
Infections du système nerveux (abcès, méningites, encéphalites, méningo-encéphalites)
Infections systémiques (« sepsis »)
Pathologies vasculaires du système nerveux (hématome intracérébral, hémorragie sous arachnoïdienne, hématomes sous et extraduraux, accident vasculaire cérébral ischémique éventuellement favorisé par CIVD ou endocardite non infectieuse)
Syndromes paranéoplasiques à expression neurologique
Epilepsie (le cas échéant liée à une des pathologies ci-dessus citée)

Tableau 2

Traitements médicamenteux symptomatiques

Opioïdes
Benzodiazépines
Antidépresseurs
Neuroleptiques
Corticostéroïdes
Anticholinergiques
Antiépileptiques
Antihistaminiques

Tableau 3

Traitements oncologiques

Cyclosporine A
Méthotrexate
Aracytine
5 fluorouracil
Cisplatine
Vincristine
Procarbazine
L asparaginase
Agents alkylants
Interférons

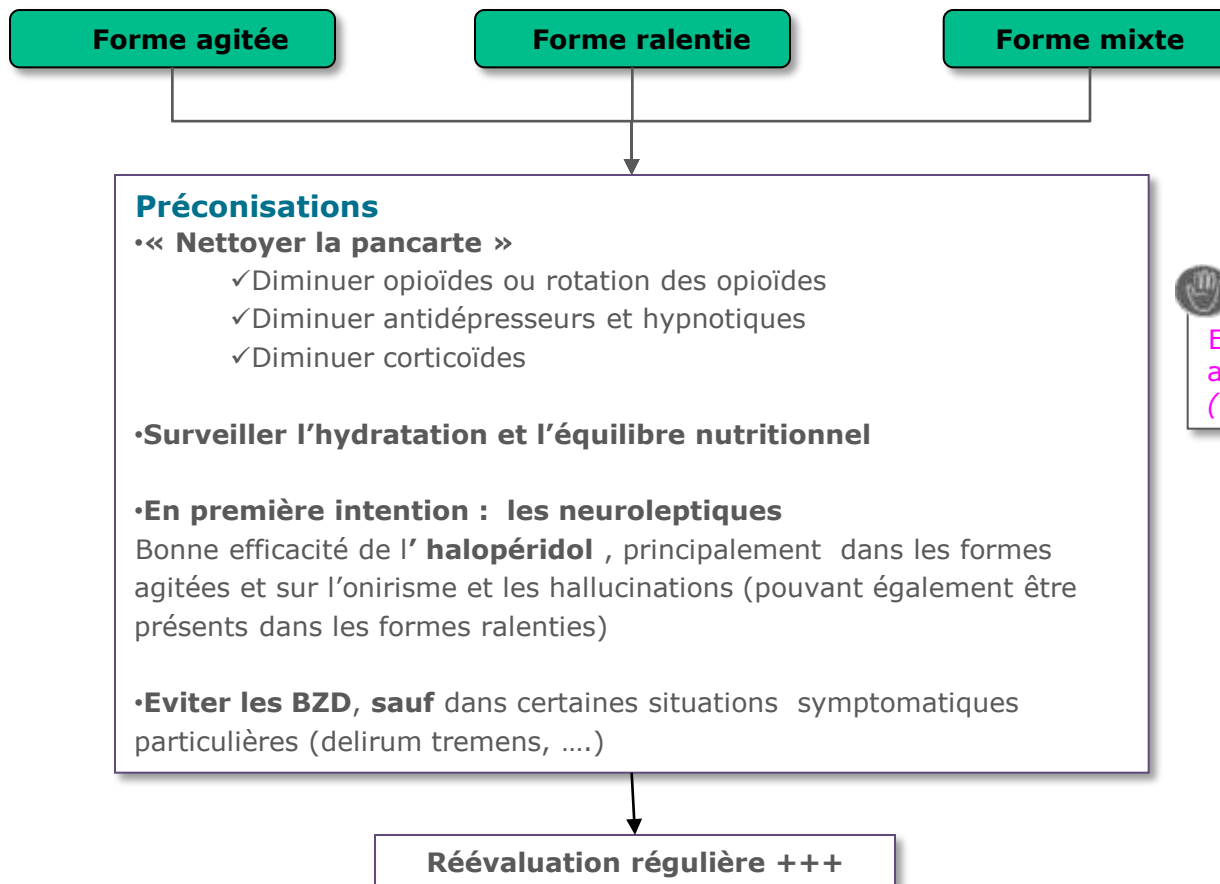
**Tableau 1
Causes métaboliques et nutritionnelles**

Troubles hydroélectrolytiques	↓ Na (hyposmolarité) ou ↑ Na
	↑ ou ↓ Calcium
	↓ Phosphore
	↓ Magnésium
Troubles du métabolisme glucidique	↑ glycémie (hyperosmolarité)
	↓ glycémie
Insuffisance respiratoire <i>Troubles de l'hématose</i>	Hypoxie
	Hypercapnie
Insuffisance rénale	↑ urée ↑ créatinine
Insuffisance hépatique	
Déficits vitaminiques	↓ vitamine B1 thiamine (syndrome de Weznicke-Korsakoff)
	↓ vitamine B12
Trouble endocrinien	↑ cortisol ↑ T4
Syndrome carcinoïde	Acide 5 hydroxy Indole Acétique

Syndrome confusionnel et cancer : Examens complémentaires recommandés

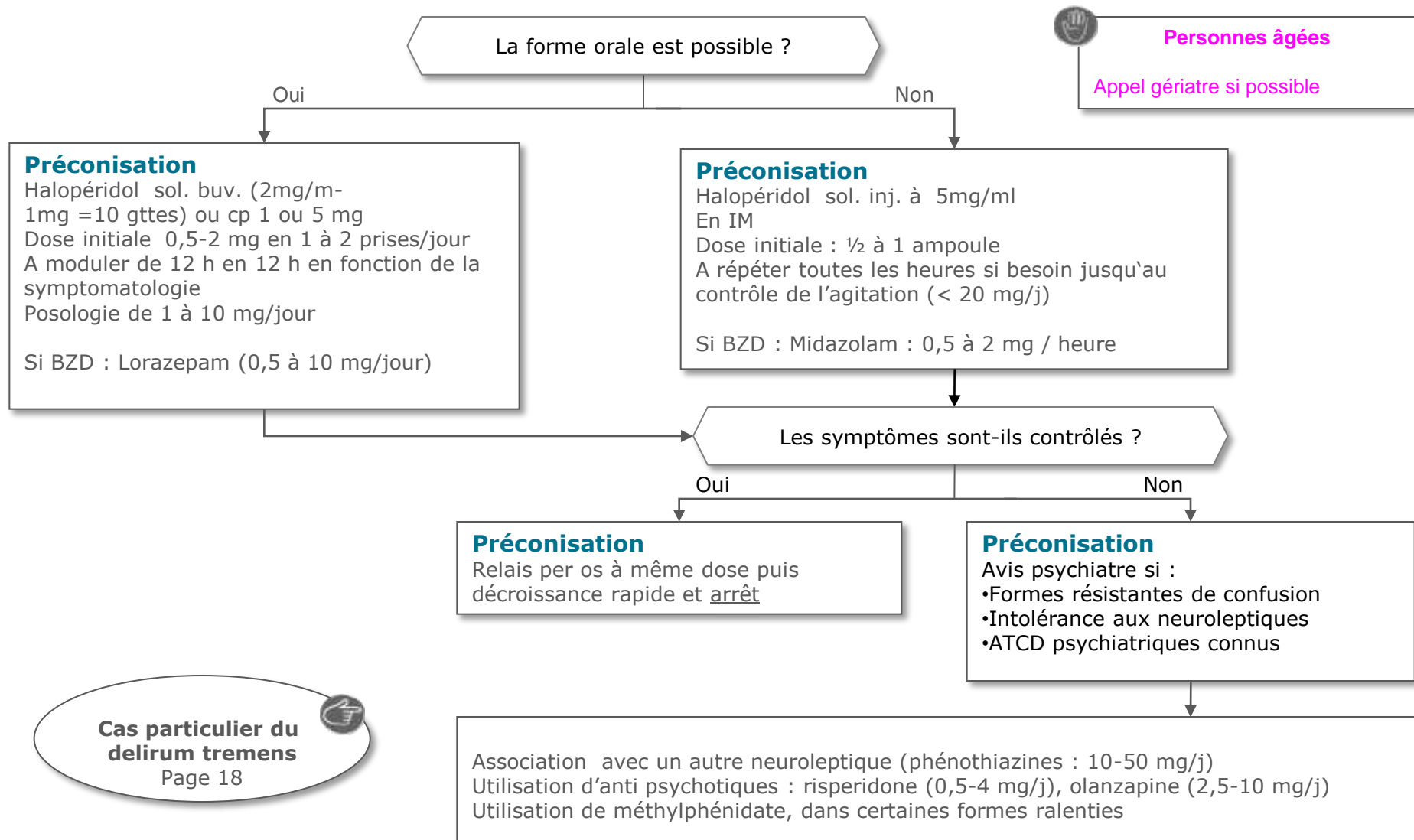
Numération formule plaquette Globules blancs, globules rouges/hémoglobine, plaquettes	Bilan de coagulation TQ, TCA, D-Dimères Produits de dégradation du fibrinogène
Paramètres infection/inflammation Protéine C réactive, Procalcitonine, Vitesse de sédimentation Lactates, Hémocultures, Uroculture, Radiographie thoracique Autre(s) prélèvement(s) selon clinique	Dosages vitaminiques Vitamine B12 Acide folique Thiamine (B1)
Gaz du sang PO2, PCO2, PH	Bilan endocrinien Cortisol, T4
Electrolytes Na, K, Ca, Mg, PO4	Dosages médicamenteux Théophylline, Digoxine, Antiépileptiques
Glycémie	Imagerie par résonance magnétique ou à défaut, scanographie encéphalique Métastases, Infections, Pathologies vasculaires
Bilan rénal Urée, créatinine	Electroencéphalogramme Epilepsie, Encéphalopathie métabolique, Encéphalite herpétique
Bilan hépatique Bilirubine libre et conjuguée, ALAT, ASAT, Taux de prothrombine, Protidémie, Amonémie	Ponction lombaire Infection, recherche de cellules tumorales

Traitement symptomatique de la confusion



En phase terminale se référer aux recommandations de la SFAP (Voir aussi annexe 2)

Modalités de prescription, étapes de traitement



Le delirium Tremens

Pré Delirium Tremens

Delirium Tremens avec onirisme, hallucinations

Importance de la démarche préventive
Favoriser un protocole de **pré delirium tremens** (basé sur l'index de RUEFF)

Voie orale possible ?

Oui

Non

Préconisations

Diazépam (1mg/kg/jr)
Oxazépam (2mg/kg/jr) : si sujet âgé ou insuffisance hépatique

Vitaminothérapie per os : B1, B6, PP et Magnésium

Préconisations

Hydratation 3l de G5% en IV
Diazépam (amp 10 mg) : 1 amp toutes les 4 h tant que l'index RUEFF est > 14

Vitaminothérapie inj : Bénerva, Bécilan, Mag2 et complément per os dès que possible

Préconisations

En plus du diazépam, halopéridol 5 mg IM, toutes les heures sans dépasser 30 mg/jr

Si malgré cela index de RUEFF reste supérieur à 14, augmenter diazépam 1 amp toutes les 2 h avec surveillance rapprochée (FC, TA, fréq. respir., tremblements, sueurs, agitation, hallucinations)

Poursuite **hydratation et vitaminothérapie**

Prise en charge environnementale



De l'ordre du nursing et de l'éducation /information

- Action sur l'environnement
- Soutien des proches

- **Éviter la contention si possible mais nécessaire si dangerosité** (voir recommandations ANAES)
- **Donner des repères** : lumière, calme, noms des soignants, lieux (les décrire, les nommer), temps (horloge, calendrier...), rituels annoncés (repas , visite médicale), objets familiers, présence de la famille
- Importance de **rassurer** le patient et sa famille vis-à-vis de la peur de devenir « fou »
- **Explication** des troubles, légitimer les comportements (patient et proches)
- **Stimuler** pendant la journée pour conforter le rythme nyctéméral, proposer des activités

Prise en charge de la fin de l'épisode (gestion de l'après-confusion)

Sortie de l'état confusionnel

70% des états confusionnels ne sont pas complètement résolus **au moment de la sortie** d'hospitalisation du malade lorsqu'il est **âgé de plus de 65 ans** !!!

- Importance de l'évaluation au moment des transmissions, quels outils ?
- Médicaments : rester vigilant sur certaines prescriptions

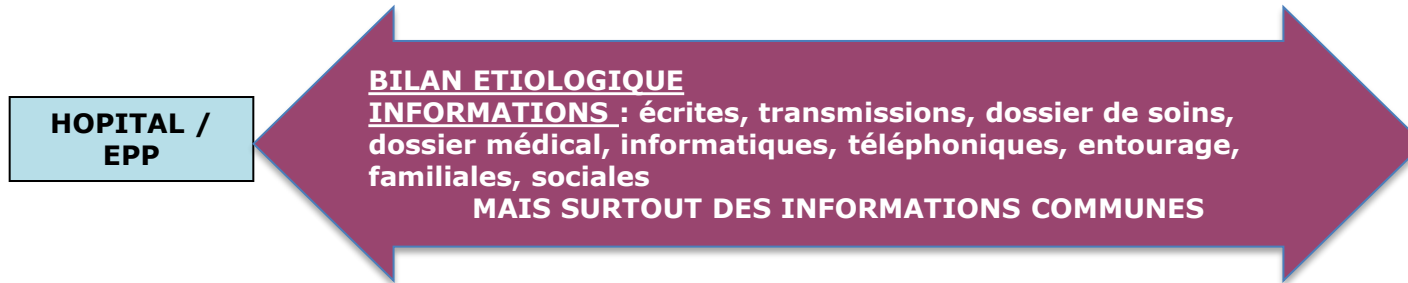
• Importance de la communication dans l'après confusion avec le patient et ses proches (risque de malentendus) : souvent souvenir traumatique de l'épisode ++

Coordination des soins autour du patient confus

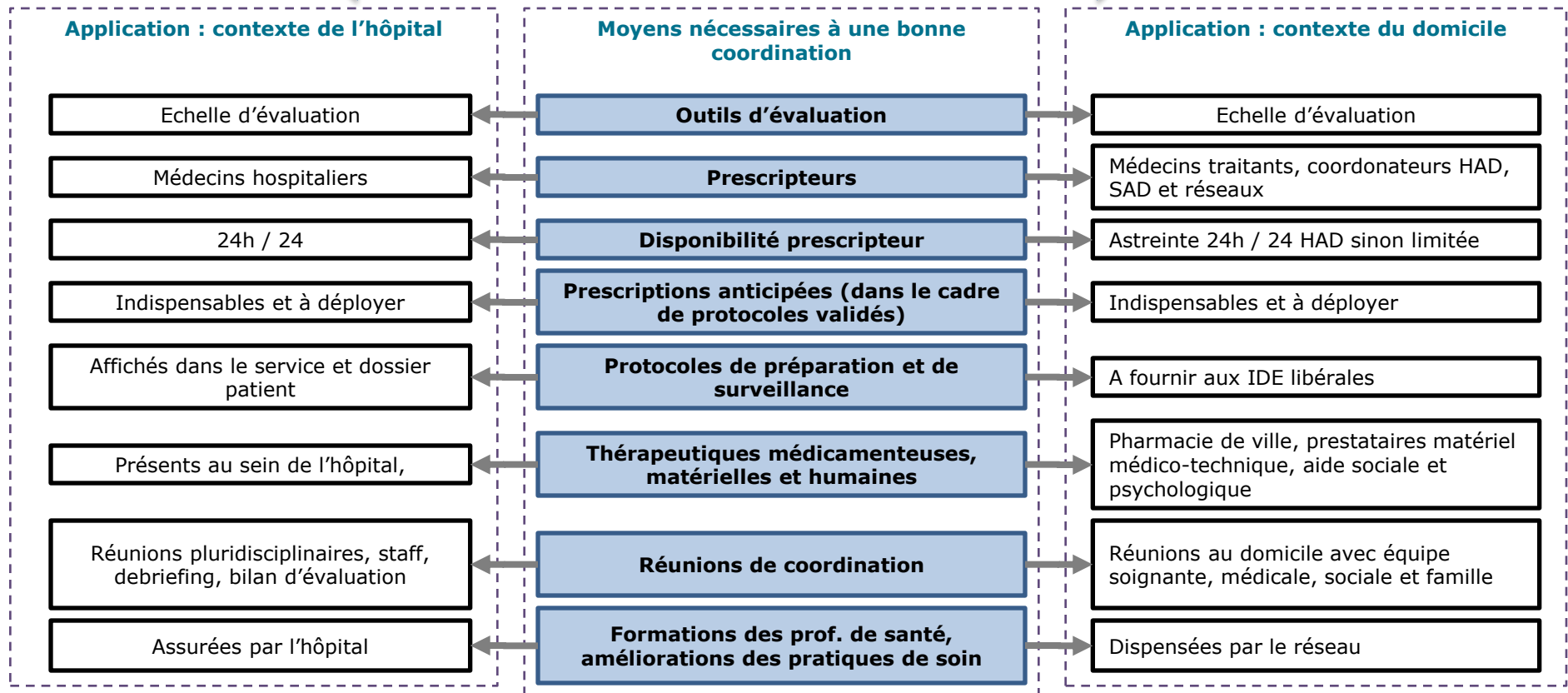


Lever les barrières entre l'hôpital et le domicile

Domicile, avec ou sans HAD / SAD et réseaux



HOPITAL / EPP



Annexe 1

EDD (échelle de dépistage du delirium)

Caractéristiques et description	Intensité des symptômes (0-2)			Score du jour
	19h-8 h	7 h- 12 h	12h-19h	
Jour				
Symptômes				
Désorientation : Manifestations verbales ou comportementales indicatives d'une mauvaise orientation dans le temps et/ou l'espace ou d'un mauvais discernement des personnes dans l'environnement.				
Comportement inapproprié : Comportement inapproprié pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, arracher ses sondes ou ses pansements, essayer de sortir du lit alors que c'est contre-indiqué, être constamment agité, réagir de façon exacerbé aux stimuli.				
Communication inappropriée : Communication inappropriée pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, incohérence, état d'incommunicabilité, discours inintelligible ou insensé.				
Hallucinations/Illusions : Voit ou entend des choses qui n'existent pas, distorsion dans la perception des objets...				
Ralentissement psychomoteurs, en tenant compte des conditions médicales : Temps de réaction allongé, peu ou pas d'action/de parole spontanées; par exemple lors de l'interaction avec le patient, celui-ci réagit toujours après un laps de temps et/ou il est difficile à stimuler et /ou réveiller.				
Score Total				
Coter chacune des 5 manifestations comportementales comme suit : 0 = comportement absent durant la période 1 = comportement présent durant la période, mais peu prononcé, ni en durée ni en intensité 2 = comportement présent durant la période et prononcé, soit en durée, soit en intensité (toute autre situation que 0 et 1). N.E. = non évaluable*				
Inscrire N.E seulement s'il a été impossible d'évaluer le comportement du patient durant toute la durée de la période de travail; en préciser la raison : a = sommeil naturel b = sédation induite par la médication c = stupeur ou coma d =autre raison				
Probabilité d'un état confusionnel : 86% pour un score supérieur ou égal à 2				

Annexe 2**Bonnes pratiques pour le contrôle de la confusion mentale en soins palliatifs ⁽¹⁾****• Approche préventive**

Identification et traitement des facteurs précipitants : infection, traumatisme, iatrogénie
Identification des groupes à risque : sujets âgés, opérés récents, sujets palliatifs
Arrêt de toutes les médications psychoactives non indispensables
Préservation des fonctions cognitives et monitoring si altération
Préservation des fonctions sensorielles : port de lunettes, appareil auditif
Maintien des repères temporo-spatiaux : calendrier, horloge ,objets personnels
Prophylaxie des troubles digestifs (nausées, constipation) et urinaires (rétention)

• Approche symptomatique

Cibler les traitements sur le contrôle des symptômes : agitation, hallucinations, délire
Hydratation et nutrition
Rotation des opioïdes ou changement de posologie des antalgiques
Utilisation de molécules antipsychotiques si nécessaire anxiolytiques (Hypnovel)

• Approche environnementale

Limitation des stimuli visuels et auditifs
Assurer la sécurité du patient, de l'entourage et des soignants

• Approche étiologique

Recherche a minima dans un contexte palliatif et d'étiologies incurables
Recherche ciblée en cas d'étiologies curables
Évaluation permanente du ratio bénéfices/risques tant des investigations que des traitements étiologiques à proposer

• Approche « supportive » (soutien et accompagnement)

Débriefing de l'épisode confusionnel : ventilation des émotions et ressentis par le patient
Éducation et soutien de l'entourage familial
Éducation du personnel soignant : dépistage et prévention

(1) Michel REICH : Reich M, et al. Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ? Médecine palliative — Soins de support — Accompagnement — Éthique (2010), doi:10.1016/j.medpal.2010.05.006

Annexe 3

L'Index de RUEFF

INDEX DE RUEFF	0	1	2	3
Pouls	nf. à 80	81-100	101-120	Sup. à 120
PA systolique	Inf. à 12.5 +1 si > 30 ans +2 si > 50 ans	12.6-13.5 +1 si > 30 ans +2 si > 50 ans	13.6-14.5 +1 si > 30 ans +2 si > 50 ans	Sup. à 14.5 +1 si > 30 ans +2 si > 50 ans
Fréquence respiratoire	Inf. à 16	16-25	26-35	Sup. à 35
Tremblements	0	Main extension	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Contrôlable	Incontrôlable
Troubles Sensoriels	0	A la lumière ou au bruit. Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Le total de l'index de Rueff est compris entre 0 et 21

- Si l'index de Rueff est entre 0 et 7, il faut poursuivre la thérapeutique à la même posologie.
- Si l'index de Rueff est entre 7 et 14, la surveillance du patient doit être étroite, en augmentant la fréquence de la surveillance infirmière.
- Lorsque l'index de Rueff est supérieur à 14, la thérapeutique doit être modifiée, en augmentant notamment le diazépam(VALIUM). Exemple si le patient pèse 60 kg. Il aura en première intention 10 mg de VALIUM toutes les 4 heures. Si malgré cette posologie l'index de Rueff est supérieur à 14, le patient aura alors 10 mg de VALIUM toutes les 2 heures pendant 12 h avec une surveillance IDE rapprochée.

Bibliographie

- Alici-Evcimen Y**, Breitbart W. An update on the use of anti- psychotics in the treatment of delirium. Palliat Support Care 2008;6:177-182.
- Bond S**. Delirium Resolution in hospitalised older patients with cancer. Cancer Nursing 2008; 31 (6) :444-50
- Boyle D**. Delirium in Older Adults with Cancer : implications for Practice and Research. Oncology Nursing Forum 2006; 33(1): 61-78
- Breitbart W**, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life « We could not manage him » Jama 2008; 300 (24): 2898 – 2910
- Breitbart W**, Bruera E, Chochinov H, Lynch M. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. J Pain symptom manage 1995;10 (2)131-141
- Bush S.H.**, Bruera E. The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. The Oncologist 2009;14:1039–1049
- Caraceni A**, Grassi L. Delirium : Acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press, New York, 2003;259 p
- Dyer CB**, Ashton CM, Teasdale TA. Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies. Arch Intern Med 1995;155:461-465
- Elie D**, Gagnon P, Gagnon B, Giguère A. Using psychostimulants in end-of-life patients with hypoactive delirium and cognitive disorders : a literature review. Can J Psychiatry 2010;55(6):386-393
- Gagnon B**, Low G, Schreier G. Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium : a prospective clinical study. Rev Psychiatr Neurosci 2005;30(2):100-107
- Gagnon P**. Treatment of delirium in supportive and palliative cancer. Curr Opin Support Palliat care. 2008; 2(1):60 –6
- Gaudreau JD**, Gagnon P, Tremblay A. Psychoactive medication and risk of delirium in hospitalized cancer patients. J Clin Onc 2005; 23 (27): 6712_8
- Hildebrand J.** and Brada M.; Differential diagnosis in neurooncology; Oxford University Press 2001
- Inouye SK**. A Multicomponent Intervention to Prevention. NEJM 1999; 340 (9): 669-76
- Inouye SK**. The dilemma of delirium : clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. Am J Med 1994;97:205-207.
- Leonard M**, Agar M, Mason C, Lawlor P. Delirium issues in palliative care settings. J Psychosom Res 2008;65:289-298.
- Liptzin B**, Levkoff SE. An empirical study of delirium subtypes. Br J Psychiatry 1992;161:843-845
- Lonergan E**, Britton AM. Antipsychotics for delirium Cochrane Database System Rev. 2009 (2) CDOO5594
- Posner JB.**; Neurologic complications of cancer; FA Davis Company Philadelphia 1995
- Reich M et al**. Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ? Médecine palliative; Soins de support ; Accompagnement; Éthique (2010); doi:10.1016/j.medpal.2010.05.006
- Ross CA**, Peyser CE, Shapiro I, Folstein MF. Delirium : phenomenologic and etiologic subtypes. Int Psychogeriatr 1991;3(2):135-147
- Schoevaerts D**, Cornette P. Le delirium : un syndrome gériatrique fréquent. La Revue de Gériatrie 2010; 35 (2): 111 -120
- Sieber FE**. Postoperative delirium in the elderly surgical patient. Anesthesiol Clin 2009;27(3):451-464
- Schiff D.** and Wen P.; Cancer Neurology in clinical practice, Humana Press Totowa New Jersey 2003
- Spiller JA**, Keen JC. Hypoactive delirium : assessing the extent of the problem for inpatients specialist palliative care. Palliat Med 2006;20(1):17-23
- Stagno D**, Gibson C, Breitbart W. The delirium subtypes: A review of prevalence, phenomenology, pathophysiology, and treatment response. Palliat Support Care 2004; 2:171-9