

CAT DEVANT UN PATIENT AGITÉ EN RÉANIMATION

Dr MAISSA JRAD ET SAFA SIOUD

Service réanimation médicale, EPS Taher Sfar Mahdia

Le 28/11/2024

VIGNETTE CLINIQUE

M. L., 65 ans, tabagique actif à 50 PA , BPCO (GOLD 4).

Admis en réanimation il y a 48 heures pour une exacerbation de sa BPCO par une infection bactérienne suspectée.

À l'admission, il a nécessité une prise en charge par ventilation non invasive (VNI) pour une acidose respiratoire.

Traitement en cours :

Corticothérapie IV, antibiothérapie empirique, bronchodilatateurs en nébulisation (β 2-agonistes et anticholinergiques), et VNI en mode BIPAP.

Évolution initiale :

Amélioration clinique et gazométrie initiale sous VNI.

À J2, il a développé une agitation psychomotrice inhabituelle.

Il est devenu confus, verbalement incohérent, et a essayé d'arracher ses dispositifs médicaux.

EXAMEN CLINIQUE

FC : 112 bpm

TA : 150/85 mmHg

SpO₂ : 88 % sous VNI

FR : 28/min

Polypnée avec signes de lutte.

Râles sibilants bilatéraux à l'auscultation
pulmonaire

Absence de signes d'appels infectieux.

GCS: 13 (E4V4M5).

Absence de signes de localisation

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Gaz du sang artériel :

pH : 7,25 PaCO₂ : 90 mmHg PaO₂ : 65 mmHg (sous FiO₂ 40 % avec VNI)
HCO₃⁻ : 37 mmol/L

Bilan biologique:

Glycémie: 5,2 mmol/L
Créatinine : 75 µmol/L
Urée : 5,0 mmol/L
Sodium (Na⁺) : 140 mmol/L
Potassium (K⁺) : 4,1 mmol/L
Chlorures (Cl⁻) : 103 mmol/L
Calcium corrigé (Ca²⁺) : 2,30 mmol/L
ALAT (TGP) : 25 U/L
ASAT (TGO) : 20 U/L

RADIOGRAPHIE THORACIQUE



Quels sont les diagnostics à évoquer pour expliquer cette agitation ?



AGITATION EN RÉANIMATION

C'est un trouble du comportement **psycho-moteur** caractérisée par une **hyperactivité motrice** et **psychologique** , spontanée ou réactionnelle, souvent accompagnée d'une perte de contrôle des **actes** et de la **parole** avec une désorganisation de la **pensée**.

Il peut s'accompagner d'une **violence** verbale et comportementale avec **auto** ou **hétéro agressivité**.





- Urgence absolue
- Préoccupe tous les intervenants: médecins et infirmiers
- Sa prise en charge médicale initiale a deux objectifs majeurs:
 - Maîtriser la situation le plus rapidement possible
 - Réaliser un diagnostic étiologique.

FACTEURS DE RISQUE

Facteurs liés au patient:

- Un âge supérieur à 65 ans
- ATCDs médicaux (dysthyroïdie , ...)
- Troubles visuels ou additifs
- Troubles cognitifs
- Mise en route d'un ttt ou son interruption
- Sevrage alcoolique
- Sevrage nicotinique et autres substances psychoactives,

FACTEURS DE RISQUE

Facteurs associés à la pathologie aigue réanimatoire:

- Une admission pour cause médicale
- un sepsis
- une fièvre supérieure à 38 °C
- une sédation dans les 48 heures précédant l'agitation

DIAGNOSTIC POSITIF

Évaluation initiale

- Observer et identifier les signes d'agitation (mouvements désordonnés, verbalisations, retrait des dispositifs médicaux, etc.).
- Et relever les paramètres vitaux du patient.

INFIRMIER



Sécurisation:

- Installer des dispositifs de contention uniquement si nécessaire
- Suivre les protocoles locaux
- Assurer une surveillance rapprochée pour prévenir les complications (chute, retrait de sonde, auto-extubation).

ÉVALUATION DU MALADE AGITÉ

- Évaluation précise pour identifier la cause et adapter la prise en charge.
- L'utilisation d'échelles comme le **RASS** (**R**ichmond **A**gitation-**S**edation **S**cale) ou le **CAM-ICU** (**C**onfusion **A**ssessment **M**ethod for the **I**CU) permet d'affiner le diagnostic et de distinguer les différentes formes cliniques.

Le RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)

- Évaluer l'agitation ou la sédation des patients en USI.
- Mesure rapide du niveau de conscience et d'agitation du patient en fonction de son état mental.
- Patients ventilés ou pas , sédatisés ou pas.
- De +4 (agitation extrême) à -5 (sédation profonde)

L'agitation est définie par un score de RASS entre +2 et +4



Score	Niveau	Comportement
+4	Combatif	Combatif, violent : présente un danger immédiat pour le personnel
+3	Très agité	Tire ou enlève le(s) tubes ou cathéter(s), agressif
+2	Agité	Mouvements non adaptés fréquents, combat le ventilateur
+1	Nerveux	Anxieux, craintif, mais ses mouvements ne sont pas agressifs ni énergiques
0	Réveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas totalement éveillé mais maintient son éveil à la voix (ouverture des yeux et contact inférieur à 10 secondes)
-2	Sédation légère	S'éveille brièvement à la voix (ouverture des yeux et contact inférieur à 10 secondes)
-3	Sédation modérée	Mouvements ou ouverture des yeux à la voix mais sans contact du regard
-4	Sédation profonde	Pas de réponse à la voix mais mouvements ou ouverture des yeux à la stimulation physique
-5	Non stimuable	Aucune réponse à la voix ou à la stimulation physique

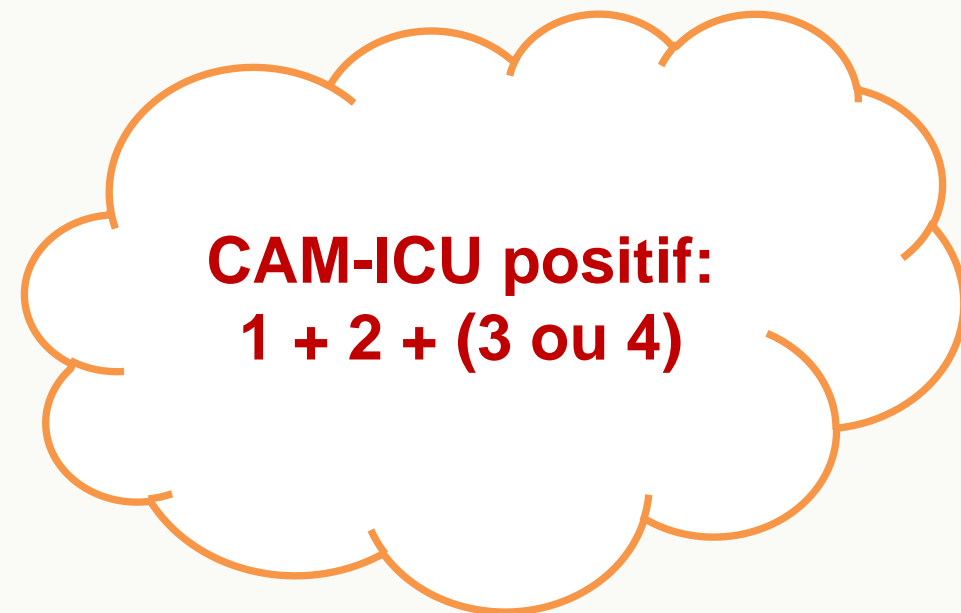
CAM-ICU (CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE ICU)

- Le **CAM-ICU** (**C**onfusion **A**ssessment **M**ethod for the **ICU**)
- Méthode d'évaluation du délirium en réanimation.
- Adaptée aux patients intubés, sédatisés ou sous anesthésie.
- Diagnostiquer rapidement la confusion aiguë (délirium).
- Basé sur des critères simples mais efficaces

Fiche de travail pour l'utilisation du CAM-ICU

Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation de l'état mental	Score	Cocher ici si présent
Est-ce que le patient est différent de son état mental habituel ? OU Le patient a-t-il montré une fluctuation de son état mental dans les 24 dernières heures, mis en évidence par la fluctuation d'une échelle de sédation/ niveau de conscience (p. ex., RASS/SAS), GCS, ou par une précédente évaluation de la confusion mentale ?	Oui à l'une des questions →	<input type="checkbox"/>
Critère 2 : Inattention		
Test d'attention des lettres (voir le manuel d'entraînement pour l'alternative par le test des images) Directives : dites au patient, « Je vais vous lire une série de 10 lettres. Chaque fois que vous entendez la lettre 'A,' indiquez-le en me serrant la main. » Lisez les lettres de la liste suivante à un ton normal, séparées de 3 secondes. C A S A B L A N C A Compter une erreur à chaque fois que le patient oublie de serrer la main à une lettre « A » et quand le patient serre la main à une autre lettre que « A ».	Nombre d'erreurs >2→	<input type="checkbox"/>
Critère 3 : Niveau de conscience altéré		
Présent si le score RASS actuel est autre qu'éveillé et calme (zéro)	RASS autre que zéro→	<input type="checkbox"/>
Critère 4 : Pensée désorganisée		
Questions Oui/Non (voir le manuel d'entraînement pour le jeu de questions alternatives) 1. Une pierre flotte-t-elle sur l'eau ? 2. Y a-t-il des poissons dans la mer ? 3. Un kilogramme pèse-t-il plus que deux kilogrammes ? 4. Pouvez-vous utiliser un marteau pour enfoncer un clou ? Les erreurs sont comptées lorsque le patient donne une réponse incorrecte. Ordre Dites au patient : « levez autant de doigts que moi » (levez 2 doigts devant le patient) « Maintenant, faites la même chose avec l'autre main » (ne répétez pas le nombre de doigts) * si le patient est incapable de bouger les deux bras, pour la seconde partie de l'ordre demander au patient : « ajoutez un doigt de plus ». Une erreur est comptée si le patient est incapable de compléter l'ordre en entier.	Nombre d'erreurs combinées >1 →	<input type="checkbox"/>

Ensemble CAM-ICU Critères 1 plus 2 et soit 3 soit 4 présents = CAM-ICU Positif	Critères rassemblés →	<input type="checkbox"/> CAM-ICU Positif (Présence de confusion mentale)
	Critères non rassemblés →	<input type="checkbox"/> CAM-ICU Négatif (Absence de confusion mentale)



DIAGNOSTIC POSITIF

1. Examen physique:

a) Somatique

b) Psychiatrique

2. Examens complémentaires

a) Biologie

b) Imagerie et autres

EXAMEN SOMATIQUE

- ❖ Étape fondamentale pour:
 - ✓ Objectiver une cause **organique** potentielle, et
 - ✓ Orienter les **investigations** ou les **traitements**.
- ❖ Cet examen comporte deux volets essentiels :
 1. Examen général:
 2. Examen neurologique

EXAMEN GÉNÉRAL

- **Glycémie capillaire:** hypoglycémie
- **Température corporelle :** fièvre ou hypothermie
- **Mesure des constantes vitales :**
 - **Fréquence cardiaque et pression artérielle :** Signes d'hyperadrénergic, hypotension (choc), ou hypertension (encéphalopathie hypertensive).
 - **Fréquence respiratoire et saturation en oxygène :** hypoxie
- **Évaluation de l'état d'hydratation et de perfusion :**
- Rechercher une déshydratation (pli cutané, muqueuses sèches, oligurie).
- Vérifier la perfusion périphérique (temps de recoloration capillaire, extrémités froides).



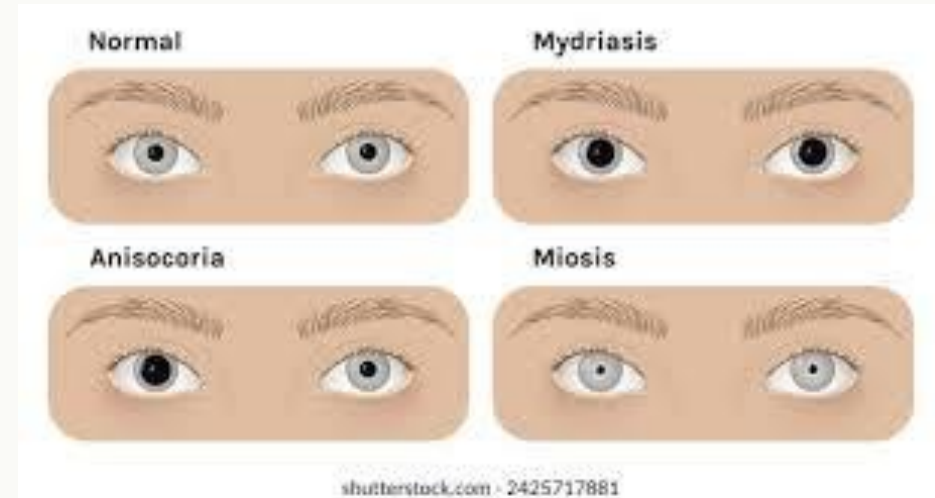
EXAMEN NEUROLOGIQUE :

- **Évaluation de l'état de conscience :**

- Utiliser des outils comme le **Glasgow Coma Scale (GCS)** pour mesurer la réactivité et la vigilance.

- **Recherche de signes focaux :**

- la symétrie des pupilles,
- des mouvements oculaires,
- des réflexes moteurs et sensitifs



- **Évaluation des fonctions cognitives et comportementales :**

- Test rapide de l'attention et de l'orientation dans le temps et l'espace.
- Observer la qualité du discours (logique ou incohérence).

- **Rechercher des signes de méningite ou d'encéphalite :**

- Raideur de nuque, photophobie, ou céphalées associées.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

•Interactions avec l'environnement :

- Réactions à la présence des soignants, capacité à établir un contact visuel, agressivité ou retrait.

•Orientation spatio-temporelle :

- Vérifier si le patient sait où il se trouve et quelle est la date.

•Attention et concentration :

- Tester la capacité à suivre des instructions simples.
- Rechercher des signes de confusion ou de désorganisation.

•Langage :

- Vérifier la cohérence des réponses, les troubles du discours (logorrhée, mutisme, incohérence).

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Évaluation du contenu de la pensée

- Délire ou idées délirantes
- Hallucinations : auditives, visuelles
- Pensées suicidaires ou agressives

Évaluation du comportement psychomoteur

- Hyperactivité ou hypoactivité
- Gestes auto-agressifs ou hétéro-agressifs : Signes de danger pour lui-même ou pour l'équipe soignante.

Quels examens complémentaires peuvent être réalisés ?



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- **Biologie:** Glycémie, ionogramme sanguin, urée, créatinine , GDS artériel, calcémie....
- **Ponction lombaire:** suspicion de méningo-encéphalite
- **Les autres examens complémentaires** seront demandés en fonction de l'orientation étiologique.
- **Imagerie cérébrale:** TDM , IRM
- **Électroencéphalogramme (EEG):** convulsions infracliniques

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

1. Causes médicales (organiques)
2. Causes iatrogènes
3. Causes psychiatriques
4. Causes environnementales

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

CAUSES MÉDICALES

■ Hypoxie et hypercapnie :

- Encéphalopathie hypercapnique

(Obnubilation , confusion , agitation , coma)

■ Sepsis et fièvre :

- Le sepsis ou le choc septique provoquent des altérations neurocognitives (delirium hyperactif).
- La fièvre agit comme un facteur aggravant.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

CAUSES MÉDICALES

■ Troubles métaboliques :

- **Hypoglycémie** : agitation accompagnée de sueurs, confusion, voire convulsions.
- **Déséquilibres électrolytiques** : hypernatrémie, hyponatrémie, hypercalcémie ou hypomagnésémie perturbent l'activité cérébrale.
- **Acidose ou alcalose** : altération du pH sanguin affectant le système nerveux central.
- **Encéphalopathies** : hépatique, urémique

■ Troubles neurologiques :

- Traumatisme crânien, AVC ischémique ou hémorragique
- Crises convulsives ou états post-critique.

■ Douleur mal contrôlée :

- après une intervention chirurgicale ou un traumatisme.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

CAUSES IATROGÈNES

- **Médicaments :**
 - ***Benzodiazépines et sédatifs*** mal dosés : effets paradoxaux (agitation au lieu de sédation).
 - ***Opiacés*** : confusion ou agitation par surdosage ou accumulation (métabolisme insuffisant).
 - ***Corticoïdes*** : effets secondaires neuropsychiques (anxiété, délire).
 - ***Interactions médicamenteuses*** : accumulation d'effets secondaires ou altérations métaboliques.
- ***Sevrage médicamenteux*** : Sevrage brutal des benzodiazépines, des opiacés ou de l'alcool.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

CAUSES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

- **Anxiété et peur** : Liées à l'environnement de réanimation, à l'intubation ou à l'isolement ou à l'incapacité à communiquer.
- **Delirium hyperactif** : Forme de confusion aiguë avec désorientation, hallucinations et comportements agités.
- **Troubles psychiatriques sous-jacents** : schizophrénie, de troubles bipolaires ou d'autres pathologies psychiatriques exacerbées en réanimation.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

CAUSES ENVIRONNEMENTALES

- **Bruit et lumière excessive :**
- **Isolement social :** Absence de contact avec les proches ou de communication claire avec les soignants.
- **Immobilisation prolongée :**Contention physique ou inconfort lié aux dispositifs médicaux

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Délirium de réanimation
30 - 80 %

Douleur
20 - 60%

Sevrage médicamenteux
20 - 30%

Hypoxie
15 - 25%

Sepsis
10 - 20%

Troubles métaboliques
10 - 15 %

CONSÉQUENCES DE L'AGITATION

RISQUES POUR LE PATIENT

■ Complications physiques :

- Traumatisme auto-infligé (chutes, blessures liées à des mouvements brusques).
- Extubation accidentelle avec risque de désaturation aiguë et détresse respiratoire.
- Arrachement des cathéters, sondes, ou drains, entraînant des complications secondaires (hémorragies, infections).
- Augmentation du risque de myopathies ou rhabdomyolyses dues à l'hyperactivité motrice.

CONSÉQUENCES DE L'AGITATION

RISQUES POUR LE PATIENT

- **Aggravation de l'état clinique :**

Tachycardie, hypertension, voire arythmies cardiaques dues à l'activation du stress.

- **Infection nosocomiale :**

L'arrachement ou la manipulation excessive des dispositifs médicaux par le patient

- **Retard dans le sevrage ventilatoire :** sédation prolongée

- **Allongement du séjour en réanimation :** L'agitation rend difficile le sevrage ventilatoire

CONSÉQUENCES DE L'AGITATION

IMPACT SUR LES SOINS

- **Interruption des traitements :** L'agitation complique la réalisation des soins de base et des procédures médicales (ponctions, imageries, soins d'hygiène).
- **Augmentation des besoins en sédation et contention :**
 - médicaments sédatifs ou antipsychotiques, avec leurs effets secondaires
 - Contentions physiques (blessures , inconfort psychologique)
- **Risque d'erreurs médicales :**
 - Le stress et la désorganisation causés par un patient agité

CONSÉQUENCES DE L'AGITATION

CONSÉQUENCES POUR L'ÉQUIPE SOIGNANTE

- **Augmentation de la charge de travail :**
 - Surveillance accrue et mobilisations fréquentes des soignants.
 - Perturbation du bon déroulement des activités en réanimation.
- **Stress psychologique :**
 - Sentiment d'impuissance ou de frustration chez les soignants face à un patient difficile à stabiliser.
 - Risque accru de burnout.

Quelle conduite à tenir immédiate et quels traitements ?

