

**Universitatea de Medicina si Farmacie “Carol Davila” Bucuresti
2006**

**Starile confuzionale acute si
delirul: între neurologie si
psihiatrie**

Tulburarile functiilor cognitive sunt singurele manifestari ale unor boli sistemice sau nervoase, care evolueaza in absenta altor simptome.

Recunoasterea acestor manifestari clinice evita punerea diagnosticelor eronate de ordin psihiatric.

Definitia sindroamelor confuzionale acute

Confuzia: Starea confuzionala acuta este un sindrom frecvent, ce consta intr-o deteriorare globala a functiei cognitive, insotita de tulburari de atentie si de constienta. Atingerea cognitiva cuprinde o anomalie a perceptiei, tulburari de rationament si de memorie.

Toate anomaliiile functiei cognitive pot fi la originea confuziei, adica lipsa de claritate si coerenta in gandire, a perceptiei, a intelegerii sau a actiunii. Confuzia constituie frecvent, primul semn de alterare a functiei cognitive, remarcat in numeroase randuri de apropiati sau clinician. Ea poate fi de asemenea un semn al atingerii cognitive focale cum este afazia sau agnozia vizuospatiala, dar un examen atent demonstreaza ca starea confuzionala este legata de un deficit unic.

Delirul: Termenul de delirium este sinonim starii confuzionale acute, cu toate ca el descrie de fapt o varietate clinica distincta a sindromului confuzional, caracterizata prin perioade de agitatie, hiperactivitate mentala, insomnie, hiperactivitate la anumiti stimuli (zgomote brutale), halucinatii vizuale, hiperactivitate motorie si stimulare vegetativa. Tulburarile de atentie, specifice sindromului confuzional sunt prezente in ciuda unei vigilențe aparente. Agitatie din delir variaza in mod caracteristic si poate alterna cu o stare confuzionala discreta.

Dementa: Este un sindrom caracterizat printr-un deficit cognitiv dobandit, global sau multifocal, fara tulburari de vigilitate si atingand intelectul, memoria si personalitatea. Vigilitatea si atentia relativ normale in dementa, permit deosebirea ei de o stare confuzionala acuta. Deficitul se refera in mod obisnuit la functiile intelectuale, dar diagnosticul poate fi stabilit numai daca sunt atinse cel putin trei functii dintre cele care urmeaza: limbaj, memorie, orientare vizuospatiala, emotie, personalitate sau cunoastere. Pierderea unei functii intelectuale cum este vorbirea sau memoria, nu este concludenta pentru punerea diagnosticului de dementa.

Dementa nu este in mod necesar evolutiva, ea poate fi uneori reversibila sau stabilizata prin administrarea unui tratament specific. Este important de recunoscut dementa ca un sindrom avand origini multiple.

Amnezia: Acest termen descrie o tulburare izolata a memoriei caracterizata prin incapacitatea pacientului de a-si reaminti evenimente anterioare sau de a memoriza noi informatii, in ciuda unei vigilențe si atentii conservate.

Incidenta

Sindromul confuzional acut apare in 10% din bolnavii spitalizati, si la 30 – 50% din bolnavii internati in geriatrie.

Semne clinice:

Sindromul confuzional acut, aduce atingere functiei nervoase in mod difuz, astfel incat toate aspectele functiei intelectuale sunt afectate in diferite grade. Semnul principal este o **obnubilare** a constientei, manifestandu-se prin tulburari ale starii de veghe, ale constientei si atentiei. Aceasta afectare este de obicei moderata, dar poate evolua catre o coma daca nu este tratata etiologia. Scaderea vigilitatii se diferentiaza de o somnolenta normala prin faptul ca bolnavul este dificil de trezit. *Tulburarea de atentie* poate varia de la o apatie moderata cu dificultate in intelegerea detaliilor complexe la o diminuare a interactiei cu clinicianul, o absenta a comentariilor si intrebarilor normale, spontane, si o neglijenta a nevoilor naturale. In delir, starea de veghe se manifesta prin vivacitatea raspunsurilor la anumiti stimuli, insomnie si hiperactivitate la zgomot si la lumina puternica.

Se asociaza cu o diminuare a capacitatii de atentie cu o imposibilitate de concentrare.

Variabilitatea nivelului de veghe este un semn obisnuit al sindromului confuzional acut. Diminuarea reactivitatii poate alterna cu o stare de hiperexcitatie. Ciclul veghe somn este perturbat sau inversat si confuzia este mai marcanta noaptea. Primele semne ale delirului sunt adesea insomnia, vivacitatea si cosmarurile, inaintea instalarii sindromului confuzional franc. Amneziile antero- si retrograde sunt semnele cele mai importante ale *tulburarilor de memorie*. Unul din semnele cele mai precoce ale pierderii de memorie este dezorientarea temporala, apoi spatiala. Ex. Bolnavul isi aminteste identitatea sa numai daca intelege intrebarea. Odata cu vindecarea amnezia totala sau partiala a episodului confuzional este obisnuita, chiar daca bolnavul isi aminteste in detaliu anumite evenimente izolate si in special halucinatiile vii.

Tulburarile functiei cognitive: Sunt la originea dificultatilor de a indeplini o sarcina ce necesita logica, matematica sau organizare spatiala..Procese gandirii sunt incetinite. Ideile devin dezorganizate si discontinue. Vorbirea este incoerenta, descompusa si inadecvata. Exista o dificultate in intelegerea informatiilor complexe si a erorilor de denumire a obiectelor sau tulburari in scris.

Tulburari de perceptie, Acestea pot agrava confuzia. Bolnavul confunda adesea anturajul sau si persoanele prezente cu cele familiare. Iluzii si halucinatii mai concrete sunt frecvente, in special in sindromul de delirium tremens al alcoolicii. Halucinatiile sunt cel mai adesea vizuale, dar pot atinge toate modalitatile senzoriale.

Tulburarile emotionale pot fi de ordin afectiv sau avem de a face cu o labilitate emotionala. Modificarile dispozitiei se traduc prin: disforie, depresie, agitatie, teama si se pot acompania cu raspunsuri vegetative adecvate.

Hiperactivitatea sistemului vegetativ tradusa prin tahicardie, sudoratie si anxietate, este mai marcata in sindromul absentei medicamentoase sau alcoolice.

Modificarile psihomotorii sunt obisnuite. La msjoritatea bolnavilor, activitatea motorie spontana este diminuata, in timp ce hiperactivitatea si agitatia caracterizeaza delirul. Comportamentele motorii repetitive si stereotype sunt frecvente.

Miscarile involuntare inclusiv tremuraturile neregulate, asterixis si miocloniile, sunt adesea observate in sindroamele de absenta a medicamentelor sau in encefalopatiile metabolice. Atitudinile catatonice sunt rare.

Diagnosticul diferential

Prima distinctie importanta care trebuie facuta intr-un sindrom confuzional acut este de a cunoaste daca acesta are o origine primara, datorata unei leziuni neurologice primitive sau are o origine secundara unei boli sistemice.

Astfel diagnosticul diferential al starilor confuzionale acute se face cu:

I. Cauze neurologice (semnele focale sunt obisnuite)

- Traumatisme
- Contuzie,
- Hematom intracranian,
- Hematom subdural,
- Dezordini vasculare: Infarcte multiple, Infarct al emisferei drepte sau al circulatiei posterioare, Encefalopatia hipertensiva, Vasculite (lupus eritematos diseminat, periarterita nodoasa, arterita gigantocelulara), Embolie gazoasa, Hemoragie subarahnoidiana,
- Tumori: metastaze parenchimotoase multiple, carcinomatoza meningei, tumori cerebrale de linie mediana, Tumori cerebrale antrenand o compresiune a trunchiului cerebral , un edem sau o hidrocefalie, sindroame paraneoplazice (encefalopatia limbica)
- Infectii: Meningite si encefalite (virale, fungice, bacteriene, protozoare), abcese multiple, leucoencefalita multifocala progresiva.
- Inflamatii: Encefalomielita diseminata acuta, Encefalita postinfarctioasa.
- Epilepsie: Starea postcritica, starea de rau temporal (epilepsie partiala complexa)

II. Sistemice (semnele neurologice focale sunt neobisnuite):

- Depletia unui substrat: hipoglicemie, hipoxie difuza (pulmonara, cardiaca), intoxicatie cu monoxid de carbon;
- Encefalopatii metabolice: acidocetoza diabetica, insuficienta renala, insuficienta hepatica, dezordini electrolitice, hidrice si acidobazice (in special Na, Ca, Mg), boli metabolice ereditare (porfirie, leucodistrofia metacromatica, citopatia mitocondriala);
- Carente vitaminice: Tiamina (encefalopatia wernicke), acidul nicotic (pelagra), deficit in vitamina B 12;
- Endocrine – hiper- sau hipoactivitate: tiroidiana, paratiroidiana, suprarenala;
- Infectie: Septicemie, paludism, endocardita bacteriana subacuta, infectie focala (ex. Pneumonie);
- Tulburari termice: hipotermie, expunere la caldura;
- Anomalii hematologice: Sindrom de hipervascozitate, anemie severa;
- Cauze toxice: Intoxicatie medicamentoasa si alcoolica (iatrogena sau sociala), sindrom de sevraj (alcool, barbiturice, narcotice), Toxice chimice (metale grele, toxine organice).

- Psihiatrice: stare maniacala acuta, Depresie sau anxietate extrema, schizofrenie, starile de fuga isterica.

Cauzele neurologice: Sunt identificate prin asocierea tulburarilor functiei intelectuale cu semnele de localizare neurologica, cum este hemipareza intr-un infarct cerebral, redoarea de ceafa intr-o meningita, sau o hemoragie subarahnoidiana si tulburarile de mers in hidrocefalie. Totusi, atingerile neurologice difuze, cum sunt encefalitele, confuziile epileptice sau vasculitele vaselor de mic calibru pot sa nu dea nici un semn neurologic in afara de alterarea functiei cognitive. Tumorile sistemului nervos dezvolta frecvent cefalee, si semne focale. In schimb tumorile liniei mediane se pot manifesta numai printr-o stare confuzionala cu agravare progresiva. Instalarea acuta a tulburarilor poate fi data de o compresiune a trunchiului cerebral sau de o hidrocefalie acuta.

Cauze sistemice: Cauzele sistemice sunt caracterizate de obicei prin absenta semnelor de localizare neurologica in afara tulburarilor cognitive, desi anumite semne minore cum sunt: asimetria reflexelor sau extensia reflexului cutanat plantar, sunt prezente. Exceptia o constituie, cazurile de hipoglicemie, care la subiectii in varsta, se asociaza cu o hemipareza. Diagnosticul de encefaloptie metabolica, poate fi retinut in fata existentei hiperventilatiei in raport cu acidoza, tremuratura, asterixis sau mioclonii.

Medicamentele stau de asemenea la originea sindroamelor confuzionale, in special la persoanele in varsta.

Cauze psihiatrice: *In anxietate* durere psigogena sau depresie, orientarea subiectului in raport cu persoanele si mediu, este de obicei prezervata. Cu ajutor, acesti bolnavi se pot concentra si isi amelioreaza performantele cognitive. Tulburarile dissociative sau isterice, ca amneziile psihogene si starile de fuga , se disting de o confuzie de origine organica prin caracterul focal al amneziei. *Schizofrenia* poate antrena o stare confuzionala acuta, dar vigilitatea, ciclurile de veghe somn, orientarea si atentia sunt de obicei intacte.

Explorarile paraclinice

Acestea trebuiesc practicate in urgenta. Un bilant biologic, inclusiv glicemia permit un diagnostic rapid ar dezordinilor metabolice. Formula sanguina detecteaza tulburarile hematologice si o hiperneutrofilie pledeaza in favoarea unei infectii. In caz de dubiu cresterea vitezei de sedimentare este in favoarea unei cauze organice. Analiza gazelor de sange este necesara pentru evidentierea unei hipozii, unei insuficiente respiratorii si unei acidoze.

Radiografia pulmonara, hemocultura si ECBU trebuie sa fie efectuate chiar si in absenta febrei. Un bilant infectios mai complet este indicat atunci cand originea infectioasa este puternic suspectata.

Testele endocrine si dozarea vitaminei B 12, se fac in cazuri precise. Cercetarea toxicelor si medicamentelor este efectuata daca se suspecteaza o supradozare sau expunerea la toxice.

Examenul LCR se face in caz de febra si redoarea de ceafa, in absenta oricarui semn de HIC sau de orice suspiciuni de masa intracerebrala. Studiul LCR este util pentru a deosebi tulburarile neurologice de cele metabolice. In cazul anomaliilor metabolice, numararea elementelor nucleare din LCR da rezultate normale. In schimb hiperleucocitoza in LCR este in favoarea unei origini neurologice, de obicei o meningita sau encefalita.

EEG este efectuat atunci cand existenta unei encefalite este incerta; apare aproape intodeauna anormal in cazul unei cauze organice dar nu poate face deosebirea intre determinarea neurologica si sistemica. Anumite aspecte EEG, pot evoca o dezordine metabolica (in special insuficienta hepatica), o encefalita (indeosebi herpetica), sau o stare de rau epileptic; anomaliile focale ale EEG pot fi in favoarea unui AVC, a unui abces sau a unei tumori.

Imageria prin RMN sau CT nu sunt examene de urgenta cu exceptia cazurilor in care examenul clinic sau EEG sugereaza existenta unei leziuni focale. Imaginerie trebuie sa fie efectuata atunci cand examenul initial nu pune in evidenta o cauza sistematica.

Conduita terapeutica

Bolnavul confuz este adesea agitat si cooperarea sa este necesara pentru a completa examenul clinic si complementar. Sedarea este rareori necesara. In anumite cazuri cu agitare, violenta sau manifestari paranoice, se recurge la tranchilizante mjore cu o durata lunga de actiune, per os sau intramuscular, cum este Clorpromazina sau Haloperidolul. Pentru o sedare scurta efectuarea de CT sau IRM se utilizeaza un benzodiazepinic intravenos. Totusi agentii farmaceutici psihotropici pot agrava tulburarea mentala sau pot masca semnele de deteriorare neurologica. Se pot corecta hipozia, hipoglicemia, hipertermia sau dehidratarea. Vitaminoterapia intravenoasa cu Tiamina trebuie sa fie efectuata in fata suspiciunii de encefalopatie Gayet – Wernicke. Daca starea confuzionala nu se amelioreaza rapid, supravegherea hidatarii si nutritiei este necesara in scopul agravarii starii confuzionale.