

Journée scientifique DIALOG, 4 décembre 2019

Confusion et recherche clinique en onco-gériatrie

Tristan Cudennec

Service de Médecine Gériatrique du Pr Teillet

Equipe Mobile de Gériatrie, Equipe Mobile d'Onco-Gériatrie

HU-PIFO site Ambroise Paré, AP-HP

Boulogne Billancourt (92), UVSQ



Perturbation cognitive de début brutal, survenant habituellement dans les 24 à 48 heures post-opératoires, pouvant n'apparaître qu'à J4

Diagnostic difficile du fait de son caractère fluctuant dans le temps, de la variabilité des symptômes et de son intensité

D.Litaker, General Hospital Psychiatry, 2001

Quelques chiffres

1

- **Incidence**

- Complication la plus fréquente des patients âgés hospitalisés
- Sous-diagnostic fréquent (incidence à posteriori 58%)
- 9,6% aux urgences
- 10 à 20% des patients âgés admis pour pathologie aiguë
- 10 à 40% de plus en cours d'hospitalisation
- 37% en post-opératoire (5 à 73%)

Mc Cusker J, Arch Intern Med 2002

Marcantonio ER, JAMA 1994

George J, Age Ageing 1997

Quelques chiffres

- **45% des confus** : fonctions cognitives préalables altérées
- **Evolution**
 - 40% guérison
 - 25% trouble cognitif prolongé
 - 18 à 30% des confus le sont encore à 6 mois
 - 35% mortalité
 - Facteur prédictif indépendant de mortalité dans les 12 mois qui suivent l'hospitalisation
 - Intra-hospitalière 8-35% (vs 1-8%)
 - A 6 mois 15-31% (vs 10-15%)
 - A 1 an 38-42% (vs 14-21%)
 - Facteur de risque d'institutionnalisation x 2,4 à 7,8; 40% à 49% à 2 ans

Mc Cusker J, Arch Intern Med 2002

Inouye S, JAMA 2010

George J, Age Ageing 1997

Critères diagnostiques DSM-V

3

- Diminution de la capacité à maintenir l'attention envers les stimulations externes et à s'intéresser de façon appropriée à de nouvelles stimulations externes
- Désorganisation de la pensée : propos décousus, inappropriés ou incohérents
- Au moins 2 des manifestations suivantes :
 - obnubilation de la conscience
 - anomalie de la perception : erreurs d'interprétation, illusions ou hallucinations
 - perturbation du rythme veille-sommeil
 - augmentation ou diminution de l'activité psychomotrice
 - désorientation temporo-spatiale, non-reconnaissance des personnes de l'entourage
 - troubles mnésiques
- Évolution des troubles sur une courte période (de quelques heures à quelques jours)
- Tendance à des fluctuations tout au long de la journée
- Soit 1, soit 2 :
 - 1. Mise en évidence (histoire de la maladie, examens clinique ou complémentaires) d'un ou plusieurs facteur(s) organique(s) spécifique(s) de l'étiologie de la confusion aiguë
 - 2. En l'absence de 1, on peut présumer de l'existence d'un facteur organique si les symptômes ne sont pas expliqués par un trouble psychiatrique (par ex. un épisode maniaque)

Critères diagnostiques DSM-V

3

- Début soudain et fluctuation des symptômes
- Diminution capacité à maintenir l'attention
- Désorganisation de la pensée
- Troubles de la conscience, de la perception
- DTS
- Troubles mnésiques
- Modifications activité psycho-motrice
- Perturbation du rythme veille-sommeil

Confusion, iatrogénie et décès

- **Hypothèses**

- La confusion est associée à une mortalité précoce et/ou différée, mais est elle en lien avec l'état de vulnérabilité du patient âgé ?
- Les conditions iatrogènes modifient elles le taux de mortalité à court terme (90 jours après l'admission) des malades âgés hospitalisés développant une confusion ?



HHS Public Access

Author manuscript

J Am Geriatr Soc. Author manuscript; available in PMC 2018 May 01.

Published in final edited form as:

J Am Geriatr Soc. 2017 May ; 65(5): 1026–1033. doi:10.1111/jgs.14743.

Pathway from Delirium to Death: Potential In-Hospital Mediators of Excess Mortality

Kumar Dharmarajan, MD, MBA^{1,2}, Sunil Swami, MBBS, PhD³, Ray Yun Gou, MA⁴, Richard N. Jones, ScD^{5,*}, and Sharon K. Inouye, MD, MPH^{4,6,*}

Confusion, iatrogénie et décès

- **Méthode**

- 469 patients hospitalisés
- Age moyen 81 ans
- Recueil quotidien

- **Résultats**

- 70 cas de confusion (15%)
- Taux de décès à 90 jours en cas de confusion 24% vs 6% (pas de confusion) différence significative
- Plus d'évènements iatrogènes chez les patients confus (plus de contention physique, plus de chutes...)
- Plus le nombre d'évènements iatrogènes est élevé, plus le pronostic (survie) est médiocre

AHE

- Contention physique, escarre
- Sonde urinaire, malnutrition, privation de sommeil
- Chute, déshydratation, PNP par inhalation

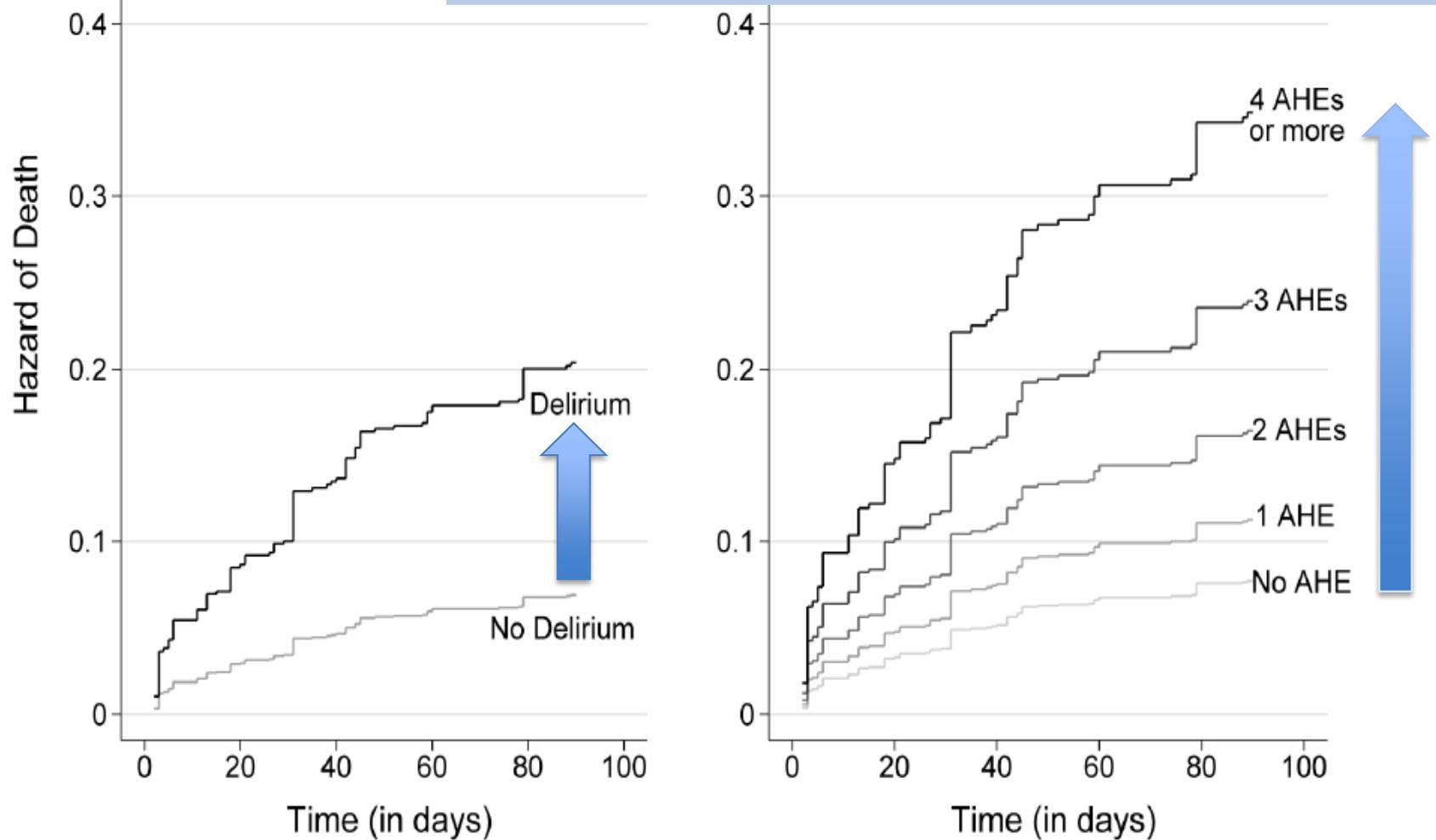


Figure 1. Cumulative Hazard of Death Associated with Delirium and the Number of Adverse Hospital Exposures

Confusion, iatrogénie et décès

- **Conclusion**

- La confusion iatrogène (pendant l'hospitalisation) est un indicateur significatif et indépendant de mortalité à 3 mois
- Les évènements iatrogènes
 - 3 fois plus fréquents en cas de confusion et se potentialisent
 - augmentent la proportion de décès
- 10% des décès en cas de confusion sont imputables à l'iatrogénie

Prédiction du risque de SC

- **Score DELPHI** (DELirium Prediction based on Hospital Information)
- Objectif : créer un score simple de prédiction du risque élevé de survenue d'un SC en contexte chirurgical
- Etude observationnelle prospective mono-centrique

Medicine®

OBSERVATIONAL STUDY

OPEN

DELirium Prediction Based on Hospital Information (Delphi)
in General Surgery Patients

Min Young Kim, PhD, Ui Jun Park, MD, PhD, Hyoung Tae Kim, MD, PhD, and Won Hyun Cho, MD, PhD

Prédiction du risque de SC

- Cohorte de développement n = 561, cohorte de validation n = 533
- Période juin 2013 à janvier 2014
- Critères inclusion
 - > 60 ans
 - Chirurgie générale majeure (digestive, vasculaire ou traumatologie), hospitalisation prévisible > 3 jours
- Critères de non inclusion
 - Incapacité de passer les tests cognitifs
 - MMSE < 24/30
 - Patients confus à l'admission
 - Patient sédaté sous ventilation mécanique

Prédiction du risque de SC

Score DELPHI

- 9 items
- Cut-off placé à 7/15
 - 7/15 et plus : 81% risque de SC
 - < 7/15: 19% de risque
 - Sensibilité 81%
 - Spécificité 92,5%

Predictor	Score (15)
Age (years)	
60–69	0
70–79	1
≥80	2
Low physical activity	
Self-sufficient	0
Need assistance	2
Heavy alcoholism	
No	0
Yes	1
Hearing impairment	
No	0
Yes	1
History of delirium	
No	0
Yes	2
Emergency surgery	
No	0
Yes	1
Open surgery	
No	0
Yes	2
ICU admission	
No	0
Yes	3
CRP (mg/dL)	
<10	0
≥10	1

Risque de morbi-mortalité post-opératoire

Calculateur du risque de complications en contexte chirurgicale (www.riskcalculator.facs.org)

- Objectif : fournir des informations sur les risques spécifiques à chaque patient pour un geste chirurgical donné
- Permet au patient de fournir un consentement éclairé
- 4,3 millions d'actes chirurgicaux
- 780 hôpitaux participant à ACS NSQIP
- Période 2013-2017
- 20 variables discriminantes

Risque de morbi-mortalité post-opératoire

Calculateur du risque de complications en contexte chirurgical (www.riskcalculator.facs.org)

Procedure 43632 - Gastrectomy, partial, distal, with gastrojejunostomy Clear

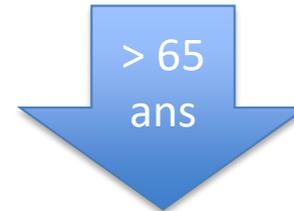
Begin by entering the procedure name or CPT code. One or more procedures will appear below the procedure box. You will need to click on the desired procedure to properly select it. You may also search using two words (or two partial words) by placing a "+" in between, for example: "cholecystectomy + cholangiography"

Reset All Selections

Are there other potential appropriate treatment options? Other Surgical Options Other Non-operative options None

Please enter as much of the following information as you can to receive the best risk estimates.
A rough estimate will still be generated if you cannot provide all of the information below.

Age Group 75-84 years	Diabetes No
Sex Male	Hypertension requiring medication Yes
Functional Status Independent	Congestive Heart Failure in 30 days prior to surgery No
Emergency Case No	Dyspnea No
ASA Class Mild systemic disease	Current Smoker within 1 Year No
Steroid use for chronic condition No	History of Severe COPD No
Ascites within 30 days prior to surgery No	Dialysis No
Systemic Sepsis within 48 hours prior to surgery None	Acute Renal Failure No
Ventilator Dependent No	BMI Calculation:
Disseminated Cancer No	Height: 70 in / 178 cm
	Weight: 178 lb / 80 kg



Enter Geriatric Patient Information

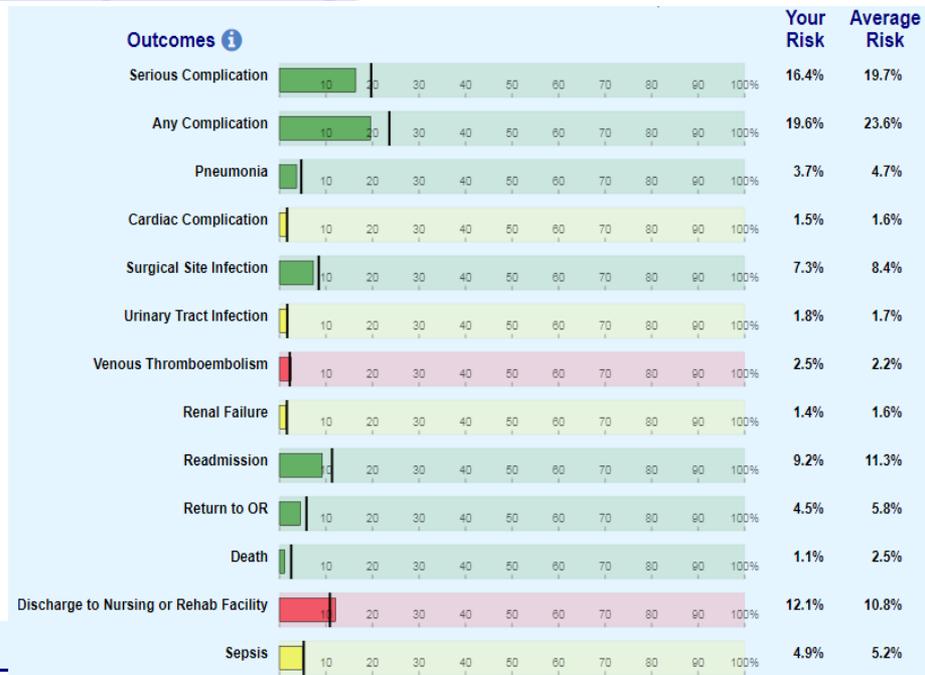
Would you like to add Geriatric Outcomes? If so, please answer the following questions Yes No

Please enter as much of the following information as you can to receive the best risk estimates.
A rough estimate will still be generated if you cannot provide all of the information below.

Use Mobility Aid No	Cognitive Status at Admit No
Origin Status from Home Not from home	Palliative Care at Admit No
Fall History No	Competency at Admit No, Patient signed his/her own consent

Risque de morbi-mortalité post-opératoire

Calculateur du risque de complications en contexte chirurgical (www.riskcalculator.facs.org)



Enter Geriatric Patient Information

Would you like to add Geriatric Outcomes? If so, please answer the following questions. Yes No

Please enter as much of the following information as you can to receive the best risk estimates. A rough estimate will still be generated if you cannot provide all of the information below.

Use Mobility Aid No ▾

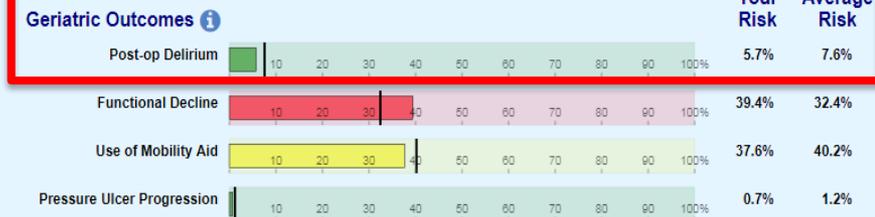
Origin Status from Home Not from home ▾

Fall History No ▾

Cognitive Status at Admit No ▾

Palliative Care at Admit No ▾

Competency at Admit No, Patient signed his/her own consent ▾



Risque de morbi-mortalité post-opératoire

Calculateur du risque de complications en contexte chirurgical (www.riskcalculator.facs.org)

Enter Geriatric Patient Information

Would you like to add Geriatric Outcomes? If so, please answer the following questions. Yes No

Please enter as much of the following information as you can to receive the best risk estimates.
A rough estimate will still be generated if you cannot provide all of the information below.

Use Mobility Aid i

No

Origin Status from Home i

Not from home

Fall History i

No

Cognitive Status at Admit i

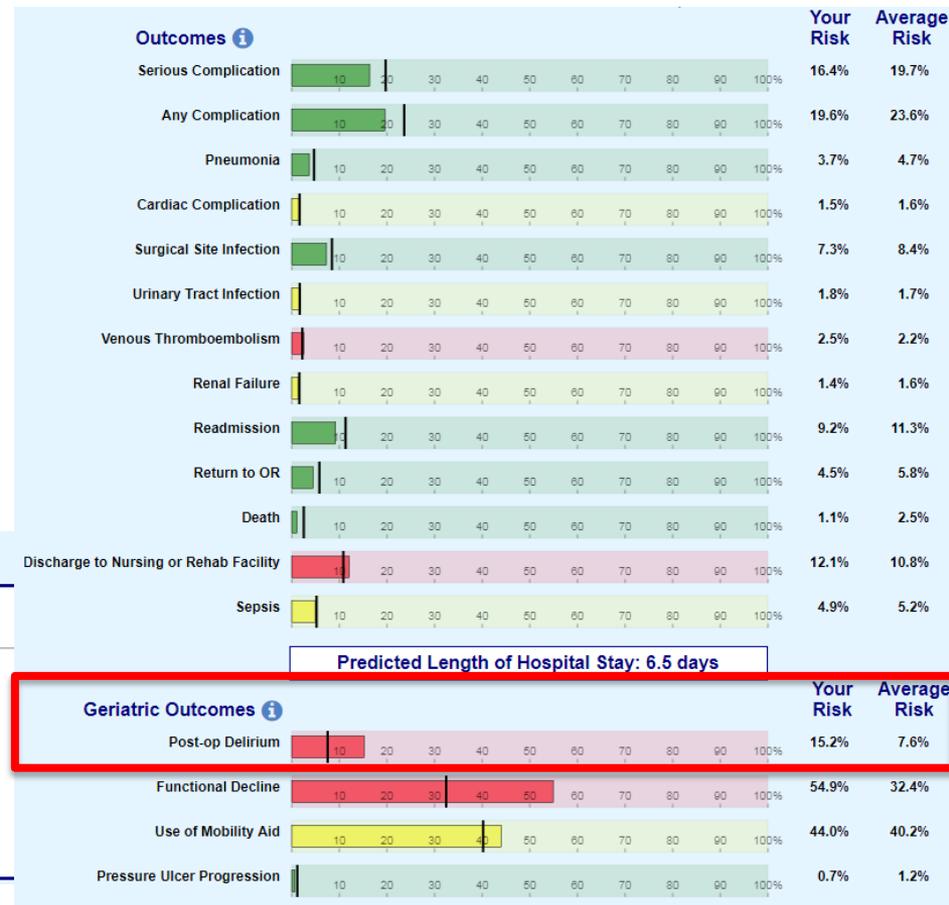
Yes

Palliative Care at Admit i

No

Competency at Admit i

No, Patient signed his/her own consent



Chirurgie majeure en onco-gériatrie

“Burden of geriatric events among older adults undergoing major cancer surgery”

- Etude rétrospective
- Période 2009-2011, âgé ≥ 65 ans, n = 939 150 patients
- Complications
 - Syndrome confusionnel
 - Déshydratation
 - Chutes
 - Fractures
 - Escarres
- Analyse en fonction : âge, comorbidités, site du cancer
- Au moins 1 complication dans 9,2% des cas

Chirurgie majeure en onco-gériatrie

“Burden of geriatric events among older adults undergoing major cancer surgery”

- Complications plus fréquentes lors
 - 75 ans et plus
 - Charlson ≥ 2
 - Cancers de vessie, ovaire, colon - rectum, pancréas, estomac ($p = 0,001$)
- Lors de complication(s)
 - Plus de risque de présenter d'autres complications (OR 3,73)
 - DMS allongée (OR 5,47)
 - Coûts majorés (OR 4,97)
 - Augmentation de la mortalité hospitalière (OR 3,22)
 - Plus de recours au SSR (OR 3,64)

Confusion et Fast-Track en chirurgie onco-gériatrique

- Objectif : identifier les paramètres péri-opératoires prédictifs de SC pour les patients bénéficiant d'un Fast-Track pour CCR
- EGA, évaluation de la fragilité (Indice de Rockwood – 40 items), TUG, 4AT, ASA, Dindo-Clavien



Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2018;8:33–41

DOI: [10.1159/000486519](https://doi.org/10.1159/000486519)

Received: October 30, 2017

Accepted: December 23, 2017

Published online: February 7, 2018

© 2018 The Author(s)
Published by S. Karger AG, Basel
www.karger.com/dee

This article is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND) (<http://www.karger.com/Services/OpenAccessLicense>). Usage and distribution for commercial purposes as well as any distribution of modified material requires written permission.

Original Research Article

Delirium, Frailty, and Fast-Track Surgery in Oncogeriatrics: Is There a Link?

Fiammetta Monacelli^{a,d} Alessio Signori^b Matteo Prefumo^{a,d}
Chiara Giannotti^{a,d} Alessio Nencioni^{a,d} Emanuele Romairone^c
Stefano Scabini^c Patrizio Odetti^a

Confusion et Fast-Track en chirurgie onco-gériatrique

- Inclusions janvier à décembre 2016
- N = 107 patients consécutifs
- Chirurgie à froid
- Description du protocole Fast-Track : pré-opératoire, per-opératoire, J1 et J2-5
- Interventions sur
 - Nutrition
 - Douleur
 - Médicaments
 - Transfusions
 - Transit
 - Redons, drains, sondes...
 - Paramètres biologiques

Confusion et Fast-Track en chirurgie onco-gériatrique

Clinical parameters	Delirious (n = 12) ^a	Nondelirious (n = 85) ^a	p value ^b
Age, years	80.02±0.45	80.05±0.34	0.5
→ 4AT score	8.61±0.71	8.26±0.07	<0.0001
ASA score	2.28±0.43	2.98±0.23	0.5
→ MMSE score	24.31±1.08	27.56±0.34	<0.02
CIRS	5.42±0.89	4.22±0.20	0.12
CDT	5.42±0.89	2.45±0.16	0.09
MNA	23.47±0.89	23.47±0.16	0.46
Barthel index	98.08±2.56	98.39±5.71	<0.02
IADL	6.00±0.63	7.37±0.15	0.03
GDS	3.84±1.03	3.58±0.33	0.95
Gijon scale	10.08±0.81	8.50±0.26	0.33
→ Tinetti score	19.69±1.94	25.02±0.55	<0.01
NRS	1.07±0.47	0.53±0.19	<0.04
→ TUG score	18.15±2.55	9.63±0.42	<0.02
→ CGA score	5.69±2.05	3.14±0.24	<0.005
RI	0.29±0.04	0.22±0.01	0.15
Dindo-Clavien score	1.07±0.34	1.07±1.19	0.58

ANALYSE UNIVARIEE

Confusion et Fast-Track en chirurgie onco-gériatrique

Résultats

- Confusion 12,3%
- Laparotomie – scopie : pas de différence significative
- Facteur de risque en analyse multivariée
 - Performance physique (TUG pour chaque seconde)
 - MMSE (tendance)

Intervention non pharmacologique et prévention du SC en onco-gériatrie

- **Hypothèse** : peut-on prévenir la survenue du SC chez des personnes hospitalisées atteintes d'un cancer à un stade avancé à l'aide d'interventions non pharmacologiques
- Protocole d'étude australien pour un essai contrôlé randomisé de phase II en cluster

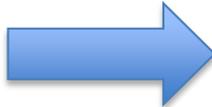
Open access

Protocol

BMJ Open Multicomponent non-pharmacological intervention to prevent delirium for hospitalised people with advanced cancer: study protocol for a phase II cluster randomised controlled trial

Annmarie Hosie,¹ Jane Phillips,¹ Lawrence Lam,¹ Slavica Kochovska,¹ Beverly Noble,¹ Meg Brassil,¹ Susan E Kurrle,² Anne Cumming,³ Gideon A Caplan,^{4,5} Richard Chye,⁶ Brian Le,⁷ E Wesley Ely,⁸ Peter G Lawlor,⁹ Shirley H Bush,⁹ Jan Maree Davis,¹⁰ Melanie Lovell,^{1,2,11} Linda Brown,¹ Belinda Fazekas,¹ Seong Leang Cheah,¹ Layla Edwards,¹ Meera Agar¹

Intervention non pharmacologique et prévention du SC en onco-gériatrie

- **Constat** : 1/3 des épisodes confusionnels peuvent être prévenus chez les patients hospitalisés âgés grâce à des stratégies non pharmacologiques répondant aux besoins humains essentiels
 - Activité physique et cognitive
 - Sommeil
 - Hydratation
 - Vision
 - Audition
- 
- Réduire**
- Incidence
 - Durée
 - Gravité

Intervention non pharmacologique et prévention du SC en onco-gériatrie

4 Objectifs

- Développer une intervention multi-composante de prévention non pharmacologique du SC
- Décrire les stratégies utilisées pour mettre en œuvre les outils de mesure du SC
- Déterminer si une intervention non pharmacologique de prévention du SC est faisable/réalisable/acceptable en oncologie et soins palliatifs
- Déterminer la faisabilité et la conception d'un essai de phase III : tester l'efficacité de l'intervention non pharmacologique de prévention du SC en oncogériatrie

Intervention non pharmacologique et prévention du SC en onco-gériatrie

Méthode

- 4 USP australiennes
- 75% des patients ont un diagnostic principal de cancer avancé
- Intervention de prévention du SC en 6 domaines
 - 5 du soin (sommeil, audition et vision, hydratation, communication et stimulation cognitive, mobilité)
 - Association des familles à la démarche
 - Pas de composante pharmacologique
- Intervention au cours des 7 premiers jours d'hospitalisation

Intervention non pharmacologique et prévention du SC en onco-gériatrie

Méthode

- 4 USP australiennes

Annmarie Hosie <annmarie.hosie1@nd.edu.au>

Envoyé : jeu. 07/11/2019 09:07

À : CUENNEC Tristan

Dear Tristian,

Thanks for your email. It's good to hear about your work.

The study you are enquiring about is finished. We are submitting the trial manuscript to a journal by the end of the week. So, hopefully it will be published in the next few months!

If you wish, I will let you know when it is.

Kind regards,
Annmarie

Annmarie Hosie PhD RN
Associate Professor, Palliative Care Nursing
School of Nursing Sydney

The University of Notre Dame Australia
160 Oxford Street DARLINGHURST NSW 2010
Postal: PO Box 944 BROADWAY NSW 2007
Tel: +61 2 8204 4275 (School) | +61 2 8204 4291 (Direct)
Fax: +61 2 9331 6730 | Email: annmarie.hosie1@nd.edu.au
Web: www.nd.edu.au/sydney/schools/nursing | CRICOS Provider Code: 01032F

d'hospitalisation

Intervention non pharmacologique, SC et DMS en chirurgie digestive

Objectif

- Impact d'interventions non pharmacologiques sur
 - le survenue du SC
 - la DMS
- Utilisation du modified Hospital Elder Life Program (mHELP)

JAMA Surgery | **Original Investigation**

Effect of a Modified Hospital Elder Life Program on Delirium and Length of Hospital Stay in Patients Undergoing Abdominal Surgery
A Cluster Randomized Clinical Trial

Cheryl Chia-Hui Chen, RN, DNSc; Hsiu-Ching Li, RN, MSN; Jin-Tung Liang, MD, PhD; I-Rue Lai, MD, PhD; Jerry Dwi Trijoyo Purnomo, MS; Yi-Ting Yang, RN, MSN; Been-Ren Lin, MD, PhD; John Huang, MD; Ching-Yao Yang, MD, PhD; Yu-Wen Tien, MD, PhD; Chiung-Nien Chen, MD, PhD; Ming-Tsan Lin, MD, PhD; Guan-Hua Huang, PhD; Sharon K. Inouye, MD, MPH

Intervention non pharmacologique, SC et DMS en chirurgie digestive

Méthode

- mHELP réalisé par IDE
 - Orientation temporo-spatiale
 - Aide à la communication (audition, visuel...)
 - Aide à l'alimentation, à l'hydratation
 - Mobilisation précoce, qualité du sommeil
- Timing
 - Post-op des arrivée en USI
 - Des arrivée en HC
 - Jusqu'à la sortie d'hospitalisation

Intervention non pharmacologique, SC et DMS en chirurgie digestive

Méthode

- Intervention soignante, 377 malades (74,3 ans)
- Chirurgie digestive programmée (gastrectomie, colectomie, DPC)
- Randomisation
- Détection quotidienne de la confusion (CAM)
- Mesure du temps et du degré d'application des mesures du programme
- Analyse des covariables
 - Comorbidité
 - Cognition pré-opératoire
 - MNA
 - Dépendance...

Intervention non pharmacologique, SC et DMS en chirurgie digestive

Résultats

- 61% des participants ont bénéficié du programme dès J1 et 88% dans les 3 jours (délai différé si transfert post-op en USI)
- Réduction du taux de confusion de 56% (6,6% vs 15,1%)
- Un cas évité pour 11 malades pris en charge (valeur absolue)
- Réduction significative de la DMS (- 6 jours)

Delirium in adult cancer patients

ESMO Clinical Practice Guidelines

- Tout ce que vous avez toujours rêvé de savoir sur le syndrome confusionnel en onco-gériatrie !
- Revue de la littérature
- 179 références
- 23 pages
- Must have

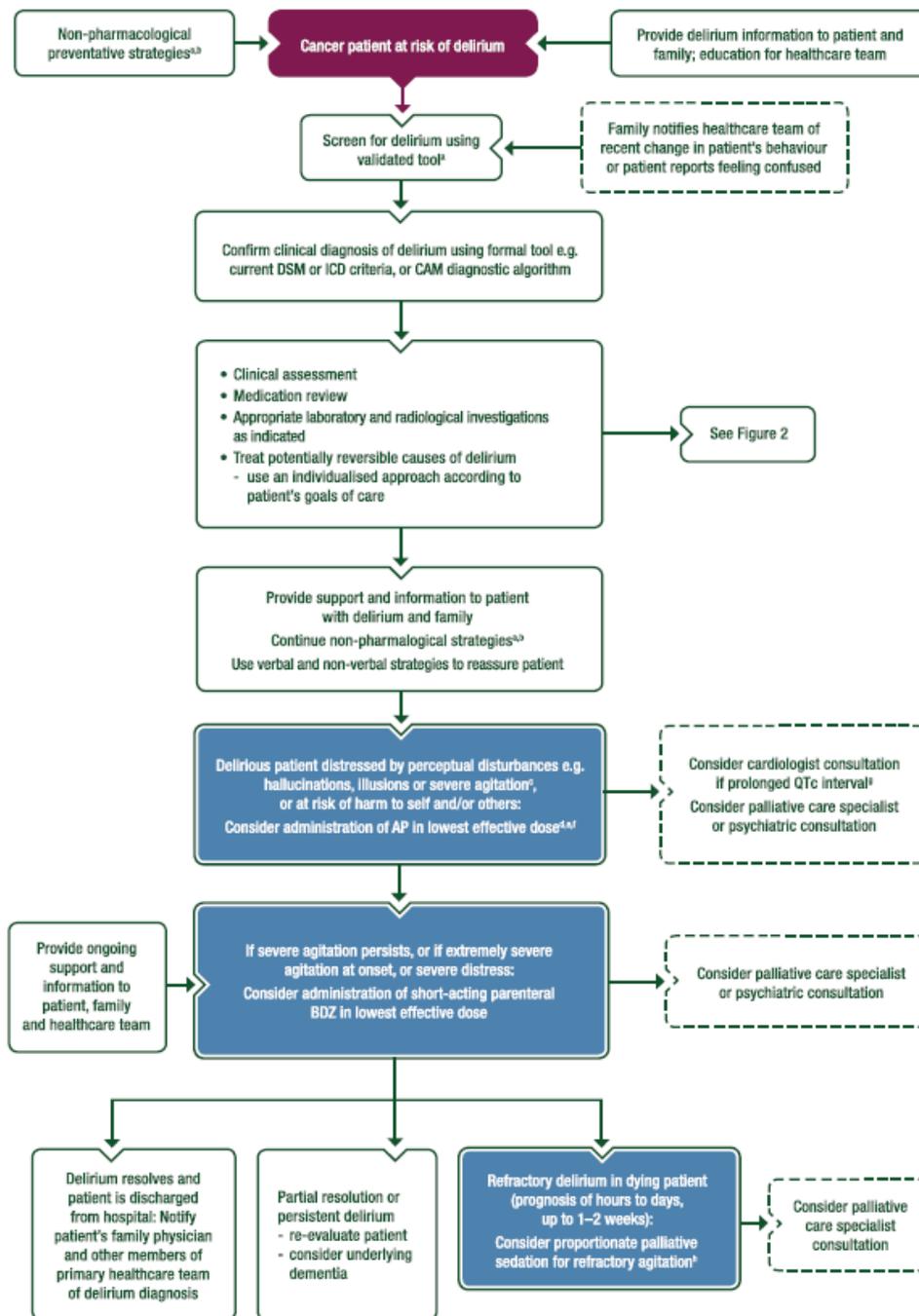


Annals of Oncology 29 (Supplement 4): iv143–iv165, 2018
doi:10.1093/annonc/mdy147
Published online 10 July 2018

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[†]

S. H. Bush^{1,2,3,4}, P. G. Lawlor^{1,2,3,4}, K. Ryan^{5,6,7}, C. Centeno^{8,9,10}, M. Lucchesi¹¹, S. Kanji^{2,12}, N. Siddiqi^{13,14}, A. Morandi¹⁵, D. H. J. Davis¹⁶, M. Laurent^{17,18}, N. Schofield¹⁹, E. Barallat²⁰ & C. I. Ripamonti²¹, on behalf of the ESMO Guidelines Committee*



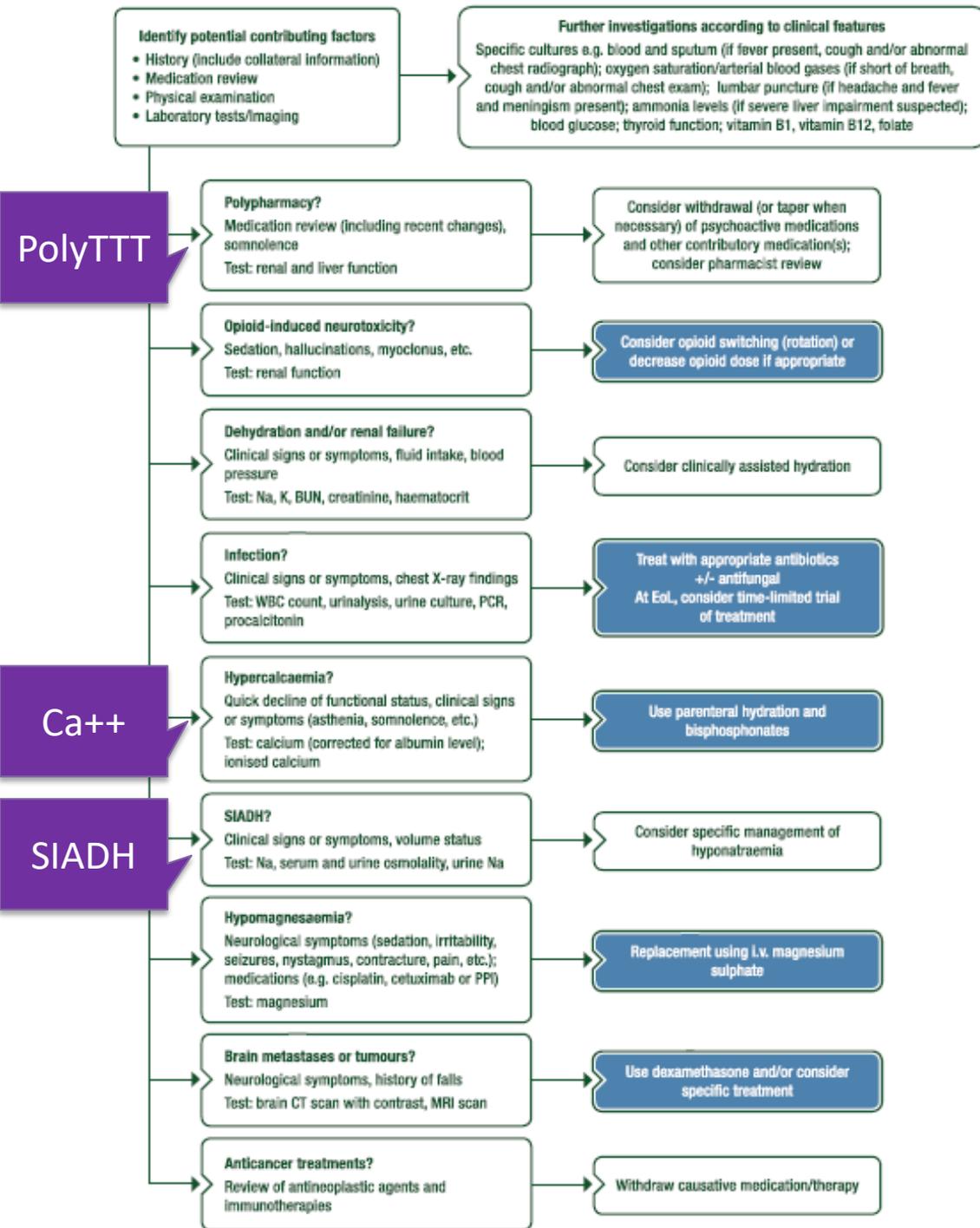
Stratégie d'évaluation et de prise en charge du SC chez le sujet adulte ayant un cancer

Delirium in adult cancer patients

ESMO Clinical Practice Guidelines

Facteurs de risque directs

- En rapport avec le cancer
 - Tumeur primitive SNC
 - Métastase(s) SNC
 - Cérébrale(s)
 - Méningite carcinomateuse
 - Sd neurologique paranéoplasique
- En rapport avec les toxicités des traitements
 - Irradiation cérébrale : toxicité aiguë ou retardée
 - Chimiothérapie :
 - Méthotrexate
 - Cis platine
 - 5-fluorouracil
 - Vincristine
 - Cytarabine
 - Ifosfamide...
 - Tamoxifène (rare)



Bilan étiologique du SC survenant chez le sujet adulte ayant un cancer

Delirium in adult cancer patients

ESMO Clinical Practice Guidelines

18 recommandations pour la recherche clinique

- To examine methods of improving delirium detection in cancer patients by all members of the healthcare team (including physicians, nurses, allied health and family caregivers) across clinical care settings
- To examine the validity of delirium diagnostic tools in the cancer population and the clinical effectiveness and harms and the cost-effectiveness of such tools
- To conduct validation studies of delirium screening tools in the cancer population across clinical care settings
- To conduct RCTs exploring the clinical effectiveness and harms and the cost-effectiveness of delirium screening in the cancer population across different care settings
- To evaluate the role of delirium severity assessment in daily clinical practice
- To examine the association between delirium duration and outcomes in the cancer population
- To develop and validate delirium risk prediction models for incident delirium in oncology patients
- To develop and validate delirium prediction models for treatment response/reversibility of delirium in patients with advanced cancer
- To conduct randomised trials to evaluate the practices of opioid rotation (switching to opioids other than fentanyl and methadone) and of clinically assisted hydration in delirious patients
- To undertake studies of 'deprescribing' in the cancer population to evaluate its potential role in the prevention of delirium
- To conduct robust and adequately powered RCTs of non-pharmacological multicomponent interventions targeting specific risk factors for delirium in cancer patients in addition to environmental and social contributing factors. These RCTs should be designed to assess comparative effectiveness and harms, achieve the target sample size and incorporate blinding of outcome assessors
- To undertake mixed methods studies to inform the optimal approach to implementation of often complex non-pharmacological multicomponent interventions
- Undertake economic evaluations to determine the cost-effectiveness of non-pharmacological multicomponent interventions in resource-constrained healthcare settings
- To conduct prospective RCTs examining both the pharmacological prevention and treatment of delirium in patients with a cancer diagnosis. These studies should incorporate a placebo group to establish effectiveness and safety before comparative efficacy studies are conducted
- To conduct studies that evaluate the role of levomepromazine (methotrimeprazine), an antipsychotic that is commonly used by the subcutaneous route in palliative care for the management of agitated delirium at the end of life. Further research is required to examine the efficacy and harms of levomepromazine, as the authors' literature search did not find any published studies that addressed this issue
- To conduct studies of novel pharmacotherapeutic agents such as melatonin, which may have a role in preventing and treating delirium in cancer patients given the evidence supporting such use in other populations and settings
- To conduct studies examining the optimal pharmacological management of severe refractory delirium in patients dying with advanced cancer
- To perform laboratory studies to better elucidate the complex neuropathogenesis of delirium and thus better guide the ultimate pharmacological targeting of pivotal neurotransmitter pathways and their receptors

Delirium in adult cancer patients

ESMO Clinical Practice Guidelines

18 recommandations pour la recherche clinique

• To examine methods of improving delirium detection in cancer patients by all members of the healthcare team (including physicians, nurses, allied

- Améliorer la détection du SC en onco-gériatrie par tous les membres de l'équipe de soins
- Réaliser des études de validation des outils de dépistage du SC dans la population onco-gériatrique
- Réaliser des essais randomisés pour évaluer les pratiques de rotation des opioïdes et de l'hydratation chez des patients confus
- Réaliser des essais d'interventions multi-composantes non pharmacologiques en onco-gériatrie

- To conduct studies of novel pharmacotherapeutic agents such as melatonin, which may have a role in preventing and treating delirium in cancer patients given the evidence supporting such use in other populations and settings
- To conduct studies examining the optimal pharmacological management of severe refractory delirium in patients dying with advanced cancer
- To perform laboratory studies to better elucidate the complex neuropathogenesis of delirium and thus better guide the ultimate pharmacological targeting of pivotal neurotransmitter pathways and their receptors

Delirium in adult cancer patients

ESMO Clinical Practice Guidelines

18 recommandations pour la recherche clinique

• To examine methods of improving delirium detection in cancer patients by all members of the healthcare team (including physicians, nurses, allied

- Réaliser des essais examinant à la fois la prévention pharmacologique et le traitement du SC en onco-gériatrie
- Réaliser des études sur de nouveaux agents tels que la mélatonine, dans la prévention et le traitement du SC dans le cancer
- Réaliser des études de laboratoire pour mieux élucider la neuro-pathogenèse complexe du SC

resource-constrained healthcare settings

- To conduct prospective RCTs examining both the pharmacological prevention and treatment of delirium in patients with a cancer diagnosis. These studies should incorporate a placebo group to establish effectiveness and safety before comparative efficacy studies are conducted
- To conduct studies that evaluate the role of levomepromazine (methotrimeprazine), an antipsychotic that is commonly used by the subcutaneous route in palliative care for the management of agitated delirium at the end of life. Further research is required to examine the efficacy and harms of levomepromazine, as the authors' literature search did not find any published studies that addressed this issue
- To conduct studies of novel pharmacotherapeutic agents such as melatonin, which may have a role in preventing and treating delirium in cancer patients given the evidence supporting such use in other populations and settings
- To conduct studies examining the optimal pharmacological management of severe refractory delirium in patients dying with advanced cancer
- To perform laboratory studies to better elucidate the complex neuropathogenesis of delirium and thus better guide the ultimate pharmacological targeting of pivotal neurotransmitter pathways and their receptors

Take home message

6 points essentiels

- Prévention = meilleure approche possible
- Améliorer la détection et le diagnostic
- Contrôle des symptômes - non médicamenteux
- Traitement des étiologies (attention à l'iatrogénie)
- Respect des bonnes pratiques de prise en charge générale
- Détection des troubles cognitifs sous-jacents

*Le syndrome confusionnel est
une urgence diagnostique et thérapeutique*

Des questions ???



Bien vieillir,
notre priorité.

