

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 8 mars 2022

Les pneumonies de la personne âgée : enjeux et perspectives.

Dre V. Prendki

Les infections respiratoires basses sont la première cause de décès lié à une infection, et celles-ci sont en augmentation chez les personnes de >70 ans.

L'incidence et la mortalité augmente avec l'âge, et on prévoit qu'en 2050, une personne sur 4 sera âgée > 65 ans...

Faire un bon diagnostic permet d'éviter le sous-diagnostic, qui retarde les antibiotiques et impacte la durée d'hospitalisation et la mortalité. Il y a également un risque de sur-diagnostic, qui crée des résistances aux antibiotiques...

Le *gold standard* serait de détecter la bactérie dans un lavage bronco-alvéolaire, mais cela est compliqué, surtout chez une personne âgée.

Les recommandations actuelles basent le diagnostic sur les signes cliniques et symptômes respiratoires, ainsi que l'apparition d'un infiltrat nouveau à la radiographie du thorax. Aux USA, d'autres techniques d'imagerie sont aussi acceptables.

En pratique courante, on regarde la clinique, l'imagerie ainsi que le laboratoire: la réponse de l'hôte (CRP, hémogramme...) ainsi que la recherche du pathogène (hémocultures, expectorations...).

Le souci, c'est qu'il y a peu d'études avec les personnes âgées et que celles-ci sont souvent exclues des essais thérapeutiques...

La présentation clinique chez la personne âgée est plus particulière: à côté des signes classiques respiratoires, hémodynamiques et infectieux, il y a la décompensation des pathologies chroniques en parallèle de la décompensation de la pneumonie.

De plus on retrouve de nombreux syndromes gériatriques (chutes, confusion, asthénie..) qui sont souvent motifs d'hospitalisation et retardent, ou cachent, le diagnostic de pneumonie.

Le vieillissement est une perte progressive de l'intégrité physiologique, avec des atteintes d'organes hétérogènes, une augmentation de la vulnérabilité et de l'incapacité ainsi que des co-morbidités.

On ne vieillit pas tous de la même façon, ce qui rend la présentation clinique de la pneumonie très variable!

L'étude genevoise PneumOldCT, inclut 200 patients d'âge médian 84 ans, avec peu de fonctionnalité et de nombreuses co-morbidités.

La fièvre >38 n'est présente que chez la moitié des cas, alors que 85% présentent une toux.

La pneumonie d'aspiration représente un cercle vicieux difficile à traiter, qui inclut une perte de masse musculaire, une baisse de l'hygiène dentaire, perte de dents, perte de poids....

Quels examens complémentaires?

Radiographie thoracique: difficile à réaliser et interpréter, elle a une faible sensibilité comparé au CT. Il y a une forte variabilité inter-observateur, avec un coefficient [kappa](#) de faible (0.37) à médiocre (0.54)...



Voici une radiographie d'une patiente incluse dans l'étude pneumOldCT.

L'interprétation est compliquée par:

- une fracture humérale (pte couchée)
- une déformation thoracique due à un pneumothorax thérapeutique (tuberculose)
- atèle

Il semblait y avoir de nombreux foyers de pneumonie...

Au CT, les poumons sont propres...mais il y a des abcès hépatiques sur une cholangite!

Une étude réalisée dans 4 services d'urgences avec 319 patients d'âge médian 65 ans, montre que le CT change le diagnostic dans 60% des cas et diminue la probabilité de pneumonie dans de nombreux cas.

L'étude pneumOldCT inclut des patients hospitalisés. Le clinicien en charge évalue la probabilité de pneumonie avec tous les examens du patient + une radiographie; puis à nouveau avec un CT faible dose.

Il y a un changement de probabilité dans 45% des cas, avec 30% des CT qui la diminuent et 15% qui l'augmentent. Malheureusement, le panel d'experts qui sert de *gold standard* a un mauvais accord, avec un kappa de 0.3...

Pourtant, cela n'a pas diminué l'utilisation d'antibiotiques, car une infection autre est souvent découverte (15%).

L'ultrasonographie: plus accessible et moins coûteux, demande beaucoup de formation. La consolidation est un signe auquel se fier, avec une bonne sensibilité (80%) et spécificité (94%). Encore plus si accompagné d'autres signes comme le bronchogramme aérique.

L'étude OCTOPLUS va comparer les issues diagnostiques, thérapeutiques, cliniques et économiques de la radiographie vs le CT vs l'US, chez des patients >65ans aux urgences avec une suspicion de pneumonie.

C'est un essai randomisé multicentrique en Suisse. Tous les patients auront les 3 méthodes d'imagerie, mais seul une sera disponible au médecin en charge.

Quels agents pathogènes?

C'est une information difficile à obtenir en temps normal, et c'est encore plus le cas avec les personnes âgées. Elle est par contre facilement disponible aux soins intensifs, ce qui n'est pas représentatif du reste de la population de cet âge.

Parmi les germes typiques, on retrouve le streptocoque pneumoniae, l'hémophilus influenzae... dans les viroses c'est surtout la grippe et le RSV.

Pour les germes atypiques, moins fréquents sont le chlamydia pneumoniae et le mycoplasme pneumoniae chez les personnes âgées, mais il ne faut pas oublier legionella pneumophila, qui est responsable d'une mortalité importante.

Garder en tête les germes résistants (pseudomonas, MRSA..) chez les patients à risques.

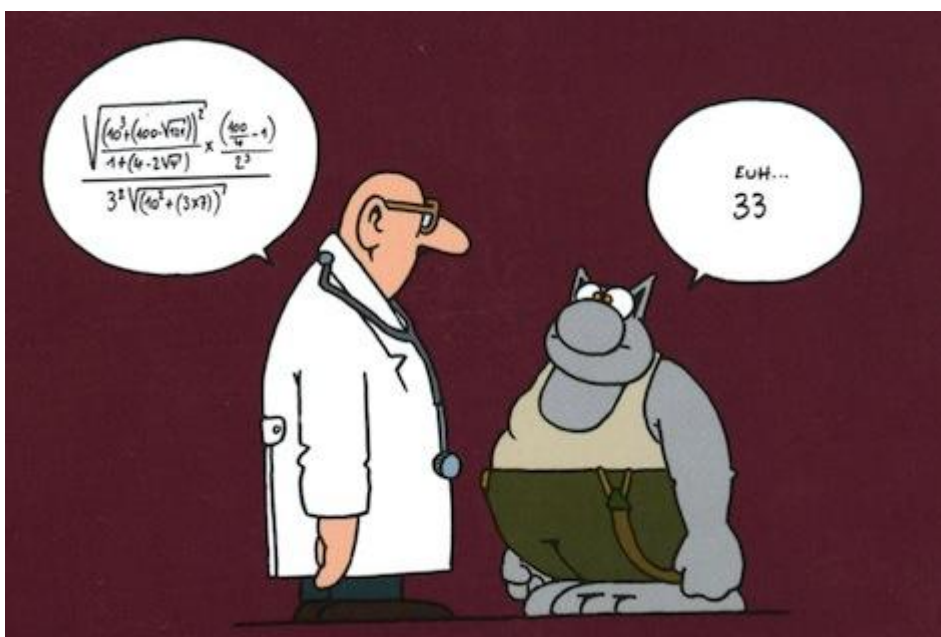
Pour les pneumonie d'aspiration, les connaissances évoluent avec de petites études rétrospectives qui montrent une prévalence des entérobactéries sur les anaérobies.

Méthode de traque du pathogène:

- hémoculture: peu sensible, s'utilise avec un seuil de température abaissé en gériatrie.
- L'examen des expectorations: non spécifique, souvent contaminé par les germes présents dans la gorge. Difficile à effectuer, sauf pour les patients BPCO...
- PCR sur prélèvement naso ou oro-pharyngé: reste superficiel
- La recherche d'antigènes: manque de sensibilité pour streptocoque pneumoniae et ne recherche que le sérotype 1 de legionella pneumophila
- Lavage broncho-alvéolaire: très invasif
- sérologie: plutôt pour de l'épidémiologie

Dans le futur, les biomarqueurs transcriptomiques prendront leur essor pour différencier l'origine virale de la bactérienne, accompagnés d'algorithmes et d'intelligence artificielle.

Quand on pose les bonnes questions....



Compte-rendu de
Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch