

Quelques généralités

Les infections chez les personnes âgées

Cet article propose de passer en revue quelques caractéristiques des infections chez les personnes âgées institutionnalisées et propose quelques pistes pour la prise en charge des infections en milieu de long séjour.

Les infections chez les personnes âgées sont non seulement plus fréquentes mais également plus sévères que chez les jeunes adultes (1). Parmi les facteurs prédisposant les personnes âgées aux infections, on retient le nombre et le type de comorbidités (BPCO, diabète, troubles de la déglutition, etc.), la malnutrition protéino-calorique et l'immunosénescence qui touche tant l'immunité cellulaire qu'humorale. En effet, outre l'involution thymique, la production d'anticorps et la prolifération de cellules lymphocytaires T ainsi que de certaines cytokines sont diminuées avec l'avance en âge. Ces changements physiologiques expliquent également la diminution de la réponse immune après vaccination (2).

Les infections les plus communes concernent les tractus urinaire et respiratoire, ainsi que dans une moindre mesure, la peau et le système digestif. On dénombre jusqu'à 20 fois plus d'infections urinaires et trois à quatre fois plus de pneumonies chez les personnes âgées institutionnalisées que chez les jeunes adultes. La diversité des germes est également plus grande (3) et les souches résistantes sont aussi plus fréquentes [(Staphylococcus aureus méticilline résistant (MRSA), entérobactéries multirésistantes, Enterococcus Vancomycine résistant (VRE)].

Présentation clinique des infections chez les personnes âgées

La prise d'anamnèse auprès des résidents peut être difficile ou imprécise en raison de troubles cognitifs présents chez 50 à 70 %



Dr méd.
Amel Rodondi
Lausanne

des résidents en EMS, ou encore en raison de la présence d'un état confusionnel ou d'une surdité.

La fièvre est moins élevée, voire absente dans 20 à 30 % des infections. Chez la personne âgée, un état fébrile est défini à partir d'une température buccale ou tympanique de 37.8°C, axillaire de 37.2°C et rectale de 37.5°C (sensibilité de 70% et spécificité de 90%) (tab. 1). Une température supérieure de 1.1°C par rapport à une ligne de base peut également définir un état fébrile (4, 5).

Les signes et symptômes cliniques classiques du foyer infectieux ne sont pas toujours présents. La présentation clinique est souvent atypique et peu bruyante avec des symptômes non spécifiques qui peuvent retarder le diagnostic. Ces symptômes aspécifiques sont résumés dans le tableau 1. On y retrouve en particulier l'état confusionnel aigu, très fréquent lors d'infection chez la personne âgée. L'état confusionnel aigu est caractérisé par la présence simultanée de perturbations de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du

comportement psychomoteur, des émotions et du rythme veille-sommeil. L'instrument le plus rapide et fiable pouvant être utilisé par le personnel soignant (médecin et infirmier) pour le dépistage de l'état confusionnel aigu est le Confusion Assessment Method (CAM) dont la sensibilité et la spécificité sont de 95 à 100 %, respectivement de 90 à 95 % (tab. 2) (6). Rappelons en effet qu'en présence d'un état confusionnel aigu, une infection devrait toujours être recherchée activement.

Ainsi, chez la personne âgée institutionnalisée, un état infectieux doit être suspecté en présence :

- ▶ de signes ou symptômes aspécifiques (tab. 1),
- ▶ et/ou de fièvre selon définition (tab. 1).

La figure 1 présente ensuite un algorithme de prise en charge face à un résident présentant une suspicion d'infection. La recherche de critères de gravité doit être systématiquement réalisée. Ces critères sont :

- ▶ la présence d'un état fébrile,
- ▶ une fréquence cardiaque > 125 / min.,
- ▶ une tension artérielle systolique < 90 mmHg,
- ▶ une altération de l'état de conscience.

En présence de l'un de ces signes de gravité le médecin doit être averti de suite.

En l'absence de tels signes, une recherche de signes cliniques spécifiques d'une infection doit être entreprise. Si aucune piste clinique ne peut être trouvée, un stix et une culture d'urine devraient être systématiquement réalisés. Et le traitement d'une possible infection urinaire doit être évalué. Un suivi clinique régulier (état fébrile, signes de gravité) doit également être instauré et une réévaluation médicale doit être sollicitée rapidement au besoin.

Examens paracliniques

Les cultures sont souvent difficiles à obtenir chez les résidents d'EMS : les cultures d'urines sont souvent complexes à réaliser en présence d'une incontinence urinaire, les cultures d'expectorations très difficiles en raison de toux souvent moins productive. La réalisation de ces cultures doit ainsi être adaptée à la situation de chaque résident.

Par ailleurs, la CRP est sensible mais peu spécifique et la procalcitonine a peu été étudiée. On recommande donc de ne pas faire ces examens systématiquement. Par contre, la sensibilité et la spécificité d'une leucocytose supérieure à 11 G/L est de 65 % et 70 % respectivement (7) et ces examens peuvent contribuer à orienter vers une piste infectieuse.

Principes généraux de prise en charge et traitement

De manière générale, il est important d'assurer une bonne hydratation et de prévenir le déconditionnement du résident, parfois lié à l'isolement pour certains germes (8).

Lors de l'instauration d'un traitement, les éléments suivants doivent être considérés :

- ▶ la localisation et la sévérité de l'infection ;
- ▶ les germes probables ou possibles ;
- ▶ les voies d'administration possibles ;
- ▶ les particularités pharmacologiques des traitements : adaptation des posologies à la fonction rénale (toujours calculer la clairance selon MDRD ; le Cockcroft sous-évalue la fonction rénale des personnes âgées) et évaluation des interactions médicamenteuses.

Il est très important de se rappeler que les complications liées à la prise d'antibiotiques sont plus fréquentes (par exemple un état confusionnel aigu ou une colite à *Clostridium difficile*) et que la prescription de ces molécules n'est donc pas anodine.

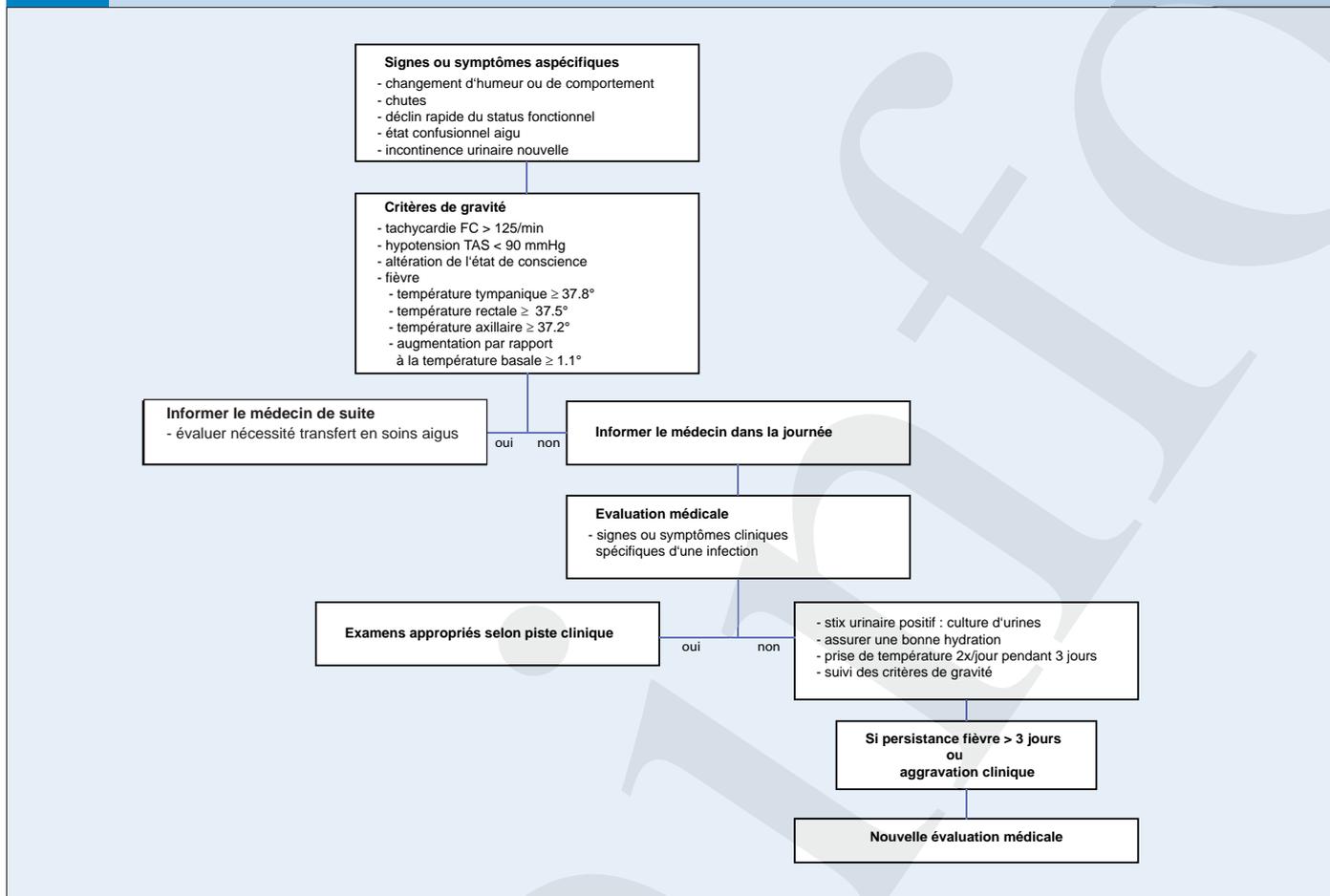
Mesures générales de prévention

Il existe un cercle vicieux reliant la fragilité et le risque infectieux chez la personne âgée, d'où la place importante de la prévention dans les établissements de soins chroniques car les contacts entre soignants et résidents, et résidents entre eux sont nombreux. Le respect des Précautions Standard et en particulier l'hygiène des mains par le personnel soignant (médecins, infirmières et autres soignants) est primordial. Il faut également renforcer la politique de restriction des antibiotiques ainsi que la vaccination des résidents et du personnel (cf. www.hpci.ch).

TAB. 1	Signes et symptômes cliniques aspécifiques d'une infection et définition d'un état fébrile chez les personnes âgées
Signes ou symptômes aspécifiques	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Changement d'humeur ou de comportement ▶ Chutes (nouvelles ou de fréquence augmentée) ▶ Déclin du status fonctionnel (apparition ou aggravation de difficultés dans les transferts, l'habillement, la toilette, l'alimentation) ▶ Etat confusionnel aigu (cf. tab. 2) ▶ Inappétence ▶ Incontinence urinaire (nouvelle ou aggravée) 	
Fièvre	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Température tympanique ≥ 37.8° ▶ Température rectale ≥ 37.5° ▶ Température axillaire ≥ 37.2° ▶ Augmentation par rapport à la température basale de ≥ 1.1° 	

TAB. 2	Dépistage de l'état confusionnel aigu : outil Confusion Assessment Method (CAM)
Présence des critères A ET B	
<p>A. Début soudain et fluctuation des symptômes (par rapport à l'état cognitif habituel du patient ; évolution d'un jour à l'autre ou au cours de la même journée)</p> <p>B. Troubles de l'attention (la personne est distraite, a plus de difficultés à retenir les informations, perd le fil de ses idées, a de la peine à garder le focus sur la discussion, diminution de la concentration)</p>	
ET présence des critères C OU D	
<p>C. Désorganisation de la pensée / Propos incohérents (contenu du discours décousu et inapproprié, flou dans le cours des idées, sans rapport avec la question, la personne passe d'un sujet à l'autre de manière imprévisible et inhabituelle)</p> <p>D. Altération de l'état de conscience [fluctuation entre un état d'alerte normal, léthargique (personne somnolente mais se réveille facilement), stuporeux (difficilement réveillable) et/ou hypervigilant (avec une sensibilité accrue aux stimuli de l'environnement)]</p>	
Résultat : le dépistage de l'état confusionnel aigu est positif si présence des critères A et B plus C et/ou D	

FIG. 1 Algorithme général de prise en charge d'une infection en EMS



Conclusion

Bien que plus fréquente et plus sévère, l'infection chez la personne âgée institutionnalisée peut passer inaperçue ou n'être diagnostiquée que tardivement, en raison non seulement de signes et symptômes cliniques souvent atypiques mais aussi des difficultés de communication liées en particulier aux troubles cognitifs. Pour améliorer la prise en charge, l'algorithme décisionnel (fig. 1) a donc été élaboré et devrait pouvoir orienter les soignants dans l'attitude à adopter face à une suspicion d'infection chez le résident.

Dr méd. Amel Rodondi

Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique
CHUV, 1011 Lausanne
amel.rodondi.soualili@svmed.ch

Dr méd. Tosca Bizzozzero

Ensemble Hospitalier de la Côte, 1110 Morges

Dr méd. Nicole Doser

Dr méd. Stéphanie Monod

Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique, CHUV, 1011 Lausanne

Mme Nadine Allenbach, infirmière

EMS La Paix du Soir, 1052 Le Mont-sur-Lausanne

Dr méd. Stéphanie Monod-Zorzi

Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique
CUTR Sylvana, Chemin de Sylvana 10, 1066 Epalinges
stephanie.monod-zorzi@chuv.ch

Références :

1. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. High KP, Bradley SF, Gravenstein S, Mehr DR, Quagliarello VJ, Richards C, Yoshikawa TT; Infectious Diseases Society of America. J Am Geriatr Soc. 2009 Mar; 57(3):375-94
2. Ageing and infection. Gavazzi G, Krause KH. Lancet Infect Dis. 2002 Nov; 2(11):659-66. Review
3. Infections in the elderly. Gavazzi G, Krause KH. Praxis. 2004 Aug 11;93(33):1297-303. Review
4. Fever in the elderly. Norman DC. Clin Infect Dis. 2000 Jul;31(1):148-51. Epub 2000 Jul 25
5. Lowering the fever criteria improves detection of infections in nursing home residents. Castle, SC, Yeh M, Toledo, SD, et al. Aging Immunol Infect Dis 1993; 4:67
6. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Ann Intern Med. 1990;113(12):941-948
7. Utility of fever, white blood cell, and differential count in predicting bacterial infections in the elderly. Wasserman M, Levinstein M, Keller E, et al. J Am Geriatr Soc 1989; 37:537-43
8. Clinical infectious diseases: infections in the elderly Büla CJ, Kauffman CA Bailliere's, 1998

Message à retenir

- ◆ La fièvre est absente dans plus d'un tiers des infections chez la personne âgée
- ◆ En présence d'un état confusionnel, une infection devrait être systématiquement recherchée
- ◆ Le traitement d'une infection comprend des mesures thérapeutiques médicamenteuses (antibiothérapie avec adaptation des posologies) et non médicamenteuses (prévention du déconditionnement, hydratation)