

Danger sous-estimé et négligé chez les personnes âgées

Fragilité et parotidite bactérienne aiguë

La survenue brutale d'une tuméfaction de la loge parotidienne, souvent rouge et chaude, associée à des douleurs marquées à la palpation, parfois un trismus et de la fièvre doit évoquer la probabilité d'une parotidite bactérienne aiguë (PBA) chez le sujet âgé fragile (fig. 1).

PBA : pas si rare ?

Sur une période d'observation de 4 ans, dix patients hospitalisés dans notre service de gériatrie ont présenté une PBA. L'analyse rétrospective de ce collectif de dix patients, comprenant huit femmes et deux hommes, d'âge moyen de 81 ans, révèle qu'ils présentent tous une grande fragilité, atteints de pathologies évolutives sévères. Aucun d'entre eux n'a été hospitalisé en raison de la PBA; celle-ci est survenue au décours de l'hospitalisation motivée par une autre affection médicale (chute, douleurs abdominales, cancer évolutif, délirium, ...). Le diagnostic principal est lié dans 50% des cas à un cancer métastatique et dans 20% des cas à une démence. Parmi les comorbidités associées, on signalera principalement l'insuffisance rénale chronique, ainsi que les troubles psychiatriques essentiellement dépressifs (tab. 1).

Facteur déclenchant et microbiologie

A noter que le vieillissement n'influence pas notablement la quantité de salive produite, ni les constituants de celle-ci. Le dysfonctionnement de la glande salivaire est en rapport avec le cumul de

plusieurs pathologies que l'on retrouve avec l'évolution en âge: diminution de l'immunité cellulaire, mauvaise hygiène dentaire et ses conséquences (parodontie, gingivite, caries), déshydratation, dénutrition, poly-médication.

Deux mécanismes sont principalement responsables des infections bactériennes des glandes parotides : la stase du flux salivaire, et en raison de la proximité entre glandes parotides et molaires de la mâchoire supérieure, la probable contamination rétrograde du tissu glandulaire par les bactéries de la sphère buccale.

L'analyse microbiologique de la PBA démontre la plupart du temps un spectre poly-microbien associant des germes aérobie (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Escherichia Coli*) et des germes anaérobies (*Prevotella pigmented*, *Porphyromanas spp*, *Fusobacterium spp*, *Peptostreptococcus spp*).

Notons aussi que la déshydratation observée chez le patient âgé fragile peut souvent être aggravée par certains médicaments prescrits, amenant une diminution de la sécrétion salivaire par effet diurétique



Dr Martial Coutaz
Martigny

Vignette clinique

Mme V.D. est une patiente de 89 ans, connue depuis 25 ans pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive, traitée au long cours par une association de Methotrexate et Prednisone. Dans ses antécédents personnels, on retiendra un status 3 ans après sigmoïdectomie et colostomie terminale pour diverticulite sigmoïdienne abcédée, un status après fracture du col fémoral traitée par clou gamma, une cardiopathie hypertensive compensée, une insuffisance rénale chronique, des infections urinaires à répétitions, une démence probablement mixte de degré modéré, ainsi qu'un état dépressif réactionnel. Sa médication habituelle se compose d'Amlodipine 10 mg/jour, de Citalopram 20 mg/jour, de Nexium 40 mg/jour, d'Alendronate 70 mg hebdomadaire et de Prednisone 10 mg/ jour.

Médecin traitant de Mme V.D., vous recevez un appel téléphonique de l'infirmière responsable du home où la patiente est institutionnalisée depuis sa colostomie; elle vous prévient de l'apparition d'un état fébrile à 38,6°C et d'une forte baisse de l'état général. Lors de votre visite, vous constatez que Mme V.D. présente un encombrement bronchique bilatéral, ainsi qu'une tuméfaction très douloureuse de la joue droite. Au status local, il s'agit d'une tuméfaction de la glande parotide droite, très douloureuse à la palpation, sans érythème associé. Il n'y a pas d'écoulement salivaire ou purulent à l'orifice buccal du canal de Sténon. Devant la suspicion d'une paro-



Fig. 1: Parotidite bactérienne aiguë : aspect clinique

tidite aiguë droite, vous initiez une antibiothérapie à base de Co-amoxicilline, augmentez également le traitement de Prednisone de 10 à 40 mg/jour pour une semaine, stoppez le diurétique et prescrivez localement des compresses chaudes, avec prise orale de jus de citron et de jus d'orange. L'évolution est marquée par une discrète diminution des symptômes après 5 jours de traitement, sans régression de la tuméfaction. Vous poursuivez l'antibiothérapie au-delà des 10 jours prévus, avec l'observation d'une baisse très marquée de l'état général amenant le décès trois semaines après votre consultation initiale.

ou par effet anti-cholinergique. Les principales classes médicamenteuses concernées sont: antidépresseurs (tricycliques surtout), anticholinergiques, sédatifs, neuroleptiques, diurétiques, antihypertenseurs, antiépileptiques, antiparkinsoniens, antihistaminiques.

La puissance anticholinergique de chaque substance est démontrée dans le tableau 2. Dans la médication quotidienne des 10 patients de notre collectif, nous avons relevé une ou plusieurs substances à effet xérostomiant: anticholinergique (Glycopyrrolate, Hyoscine-butylbromide), antidépresseur (Mirtazapine, Citalopram, Sertraline), neuroleptique (Halopéridol, Levomepromazine), antihistaminique (Hydroxyzine), analogue de la somatostatine (Octréotide), diurétique (Torasémide) (tab. 3).

Pronostic et traitement

La survenue d'une PBA est un facteur de très mauvais pronostic. Dans notre série, la mortalité avoisine les 50% à 10 jours, et les 80% à 5 semaines ! (tab. 3). Cette évolution dramatique est essentiellement liée aux comorbidités associées dont souffrent les patients décrits. Lorsqu'une PBA survient, elle représente le reflet de cette fragilité majeure, mais aussi un signal d'alarme d'un pronostic sombre à court terme.

La PBA du sujet âgé est rarement traitée dans la littérature médicale; la plupart des études datent de la deuxième moitié du 20ème siècle où la mortalité associée à la PBA approchait les 50%. Une étude rétrospective récente de 9 cas, a révélé que trois patients étaient morts dans les 72 heures après l'apparition d'une PBA, 4 dans les 30 jours suivants et 2 avaient survécu pendant plus d'une année.

Afin d'améliorer le pronostic très sombre de cette infection, il convient de prescrire une antibiothérapie assez large dès la suspicion clinique, couvrant à la fois la sphère buccale et le germe staphylocoque aureus, pour une durée de 10 à 14 jours. Si aucune amélioration n'a lieu après 48h, un ultrason ou un scanner de la parotide devrait être ordonné afin d'exclure la présence d'une lithiase ou d'un abcès. Comme mesures supplémentaires, on recommande la

prescription de substances sialagogues (jus de citron, jus d'orange), d'optimiser l'hygiène buccale par des soins de bouche, d'humidifier la muqueuse buccale à l'aide de salive artificielle, d'appliquer localement des compresses chaudes afin d'augmenter la production salivaire et de stopper toute médication anti-sécrétoire.

Dr Martial Coutaz

Hôpital du Valais (RSV) - Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR)
Hôpital de Martigny
Avenue de la fusion 27, 1920 Martigny
martial.coutaz@hopitalvs.ch

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article

TAB. 1 Caractéristiques du collectif			
	Diagnostic principal	Comorbidités associées	Age (années)
Patient 1	Cancer rectal métastatique	Insuffisance rénale, anorexie, cachexie	76
Patient 2	Cancer pancréas métastatique	Pneumonie, pyélonéphrite	84
Patient 3	Cancer pancréas métastatique	Diabète	78
Patient 4	Démence sévère	Insuffisance rénale terminale	88
Patient 5	Hydrocéphalie à pression normale	Dépression endogène sévère	73
Patient 6	Contusions multiples	Cardiopathie ischémique	98
Patient 7	Cancer sein métastatique	Etat anxio-dépressif	76
Patient 8	Cancer prostate métastatique	Troubles de la personnalité	75
Patient 9	Polyarthrite rhumatoïde	Insuffisance rénale, dépression	89
Patient 10	Démence alcoolique	Fractures vertébrales C2-C3- C5	73

Messages à retenir

Les mesures mentionnées ci-dessous devraient contribuer à réduire le risque de survenue d'une PBA, dont le pronostic reste extrêmement sombre:

- ◆ montrer plus de curiosité pour contrôler l'hygiène buccale des patients âgés et particulièrement fragiles
- ◆ améliorer l'hydratation des patients âgés
- ◆ restreindre la médication des patients âgés à action anticholinergique ou xérostomiant

TAB. 2 Echelle du risque anticholinergique; adapté de (14)		
3 points	2 points	1 point
Amitriptyline	Amantidine	Carbidopa-levodopa
Atropine	Baclofen	Haloperidol
Hydroxysine	Cetirizine	Metoclopramide
Imipramine	Clozapine	Mirtazapine
Oxybutin	Loperamide	Paroxetine
Diphenhydramine	Loratidine	Quétiapine
Tizadine	Olanzapine	Risperidone

TAB. 3 Médication associée et pronostic		
	Médication xérostomiant	Durée PBA avant décès (en jours)
Patient 1	Torasémide, Halopéridol, Mirtazapine	9
Patient 2	Glycopyrrolate, Octréotide, Risperidone	18
Patient 3	Hydroxyzine	1
Patient 4	None	1
Patient 5	Halopéridol	guérison
Patient 6	None	8
Patient 7	Halopéridol, Levomepromazine, Hyoscine butylbromide	34
Patient 8	Halopéridol, Levomepromazine	8
Patient 9	Torasémide, Citalopram	21
Patient 10	Sertraline	guérison

Références :

1. Mc Quone SJ. Acute viral and bacterial infections of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1999;32:793-811
2. Ship JA et al. Xerostomia and the geriatric patient. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:535-43
3. Aktinson JC, Fox PC. Salivary gland dysfunction. *Clin Geriatr Med* 1992;8:499-511
4. Coutaz M, Morisod J. The acute bacterial parotitis of the elderly. *Rev Med Suisse* 2009;5:1942-5
5. MacDonald DE. Principles of geriatric dentistry and their application to the older adult with a physical disability. *Clin Geriatr Med* 2006;22:413-34
6. Rice DH. Salivary gland disorders. *Med Clin N Am* 1999;83:197-218
7. Van Eick J et al. Prevalence of xerostomia and its relationship with underlying diseases, medication, and nutrition : a descriptive observational study. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:1836-7
8. Chew MI et al. Anticholinergic activity of 107 medications commonly used by older adults. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:133-41
9. Raad II et al. Acute bacterial sialadenitis.a study of 29 cases and review. *Rev Infect Dis* 1990;12:591-601
10. Brook I. Aerobic and anaerobic microbiology of suppurative sialadenitis. *J Med Microbiol* 2002;51:526-9
11. Brook I. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2009;21:269-74
12. Jibidar H et al. Occurrence of suppurative parotitis in elderly people remains a bad omen. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:760-1
13. Coutaz M. Acute bacterial parotitis in the frail elderly subject: a harbinger of death. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:369-70
14. Rudolph JL et al. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med* 2008;168:508-13