

Partie 2: Antibiothérapie, pneumonie, infections des voies urinaires, érysipèle

Les infections chez les personnes âgées

L'anamnèse, l'examen et un suivi minutieux permettent également une évaluation nuancée et un traitement efficace chez les personnes âgées souffrant de maladies infectieuses, parfois même sans recours aux antibiotiques.

Olivier Petitat^a, Matthias Berger^b, Eugénie Colin-Benoit^c, Charles Béguelin^d, Bernard Flückiger^e, Bettina Hurni^f, Massimo Ruffo^g, Alexandra Rölin^h, Gisela Etter^h, Martina Heimⁱ, Katia Boggianⁱ, Philip Tarr^a

^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Toffen/BE; ^c Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital Bern, Universität Bern; ^d Spitalzentrum Centre hospitalier Biel-Bienne, Infektiologie und Innere Medizin, Biel-Bienne; ^e Adullam Spital, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Basel-Stadt; ^f Klinik für Rehabilitation und Altersmedizin, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Kantonsspital Baselland Bruderholz, Baselland; ^g Allgemeine Innere Medizin FMH, Bern; ^h Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH; ⁱ Akutgeriatrie Kantonsspital Graubünden, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Chur/Graubünden; ^j Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Le traitement des infections est-il différent chez les personnes âgées?

Il est intéressant de constater que non: les guidelines ne recommandent pas de traitement différent ou de dose d'antibiotiques plus faible chez les personnes âgées; les données disponibles sont toutefois étonnamment peu nombreuses [200–202]. Aujourd'hui, la tendance est clairement à la réduction de la du-

rée des antibiotiques (tableau 1), ce qui est tout aussi efficace et entraîne moins de résistances [203].

Dois-je réduire les doses d'antibiotiques en cas d'insuffisance rénale?

Cela n'est généralement pas nécessaire, même en cas de traitement IV, car la plupart des antibiotiques ne sont pas néphrotoxiques et une

insuffisance rénale initiale (due à la déshydratation) se rétablit déjà dans les 48 h chez >50% des patient-e-s [204, 205].

La pneumonie chez les personnes âgées

Les pneumonies sont beaucoup plus fréquentes à partir de 65 ans [206], tout comme

Tableau 1: Antibiothérapie empirique ambulatoire recommandée et durée du traitement pour les infections courantes chez les personnes âgées.

Infection	Antibiotique recommandé	Durée de traitement recommandée	Remarques
Pneumonie	- Amoxicilline 1 g toutes les 8 h (sans comorbidités) - Co-amoxicilline 1 g toutes les 8 h (si BPCO, comorbidités) Alternatives: - Doxycycline 100 mg toutes les 12 h - clarithromycine 500 mg toutes les 12 h - Azithromycine 500 mg toutes les 24 h	5 jours généralement suffisants (2–3 jours après la disparition de la fièvre/la stabilisation clinique) - Azithromycine 3 jours	- Seulement dans les cas graves ou en cas de réponse retardée: 7 jours - Environ 15% des pneumocoques sont résistants à la clarithromycine et à la doxycycline. - Facultatif: pas d'antibiothérapie si procalcitonine <0,25 µg/l
Cystite	- Traitement primaire sans antibiotiques possible - Si antibiotiques: - Nitrofurantoïne 100 mg 1-0-1 pendant 5 jours - Fosfomycine 3 g dose unique - Cotrimoxazole fort 1-0-1 pendant 3 jours (5 jours si pathologie fonctionnelle ou structurelle ou si homme)		- Diagnostic d'exclusion: pas de fièvre, pas de sensibilité ou douleurs des loges rénales - Le choix des antibiotiques doit tenir compte de la situation locale en matière de résistance (voir anresis.ch)
Pyélonéphrite	Ciprofloxacine 500 mg 1-0-1 Cotrimoxazole forte 1-0-1 Levofloxacine 500 mg 1-0-1	5(–7) jours	- si nausées: évent. 1 dose de ceftriaxone 2 g i.v., puis seulement commencer la ciprofloxacine per os - Le choix de l'antibiotique doit tenir compte de la situation locale en matière de résistance (voir anresis.ch)
Prostatite aiguë	Ciprofloxacine 500 mg 1-0-1 Levofloxacine 500 mg 1-0-1 Cotrimoxazole forte 1-0-1	Aiguë: 2 semaines Chronique: 4–6 semaines	Patient malade, fébrile, avec prostate douloureuse (examen rectal digital)
Érysipèle	Co-Amoxicilline 1 g toutes les 8 heures	Généralement env. 5 jours – selon la clinique (jusqu'à nette amélioration des douleurs et des signes inflammatoires: rougeur, tuméfaction)	

Modifié selon [203] et les recommandations de la Société Suisse d'Infektiologie (<https://ssi.guidelines.ch/>).

les hospitalisations [207], et des décès surviennent parfois [15, 208–210]. La fatigue résiduelle, la toux, la dyspnée et la réduction de la performance 1 à 2 mois après un traitement réussi ne sont pas rares [211–213] – une pneumonie est clairement plus qu'un simple rhume. Chez certains patients fragiles, la pneumonie peut même entraîner un affaiblissement durable de l'état général et une perte d'autonomie [211, 214, 215]. La mortalité à un an chez les patient-e-s âgé-e-s hospitalisé-e-s est élevée: 8–25% [211, 216–218].

Quels sont les facteurs de risque qui favorisent la pneumonie chez les personnes âgées?

Beaucoup sont bien connus des médecins de famille [219]: réflexe de toux réduit [220], mauvaise hygiène buccale [220–222], troubles de la déglutition (augmentent la tendance à l'aspiration) [223], par exemple après un accident cérébrovasculaire. De plus, les pneumonies antérieures, l'alitement, les comorbidités, l'immunosuppression, la malnutrition, la surconsommation d'alcool [224], le tabagisme [225, 226] ainsi que l'immunosénescence et l'inflammation [225, 227–231] augmentent le risque de pneumonie.

Quels sont les médicaments qui favorisent les pneumonies?

Les neuroleptiques [232], les opioïdes (effet immunosuppresseur) [233–235] et même la prednisone à faible dose (>5 mg) augmentent le risque de pneumonie [236]. Les inhibiteurs de la pompe à protons augmentent le risque de pneumonie, mais l'effet semble plutôt faible [229, 237, 238].

Quelle est la fiabilité des leucocytes et de la CRP pour le diagnostic de pneumonie chez les personnes âgées?

Moins fiable que chez les patients plus jeunes [142, 239–242]. Les leucocytes sont le plus souvent normaux voire plus bas dans le sang, une déviation gauche est plus rare [243]. La CRP est généralement élevée [244]: Une CRP supérieure à 30 g/l augmente la probabilité de pneumonie selon une étude hollandaise menée dans des cabinets de médecine générale [245]; la CRP peut cependant être encore normale si la durée des symptômes est <24 h [246]. Important: les pneumonies sont beaucoup plus rares que les infections virales des voies respiratoires; seulement 5% des patientes souffrant d'une toux aiguë au cabinet médical ont une pneumonie [245]. Une CRP normale a souvent un effet apaisant, elle peut aussi aider à éviter les antibiotiques chez les résidents d'EMS souffrant d'une infection des voies respiratoires [247].

Dois-je mesurer la procalcitonine plutôt que la CRP?

Plutôt non. La prise d'antibiotique selon la procalcitonine (PCT) n'est pas recommandée dans les guidelines [248–250]. Chez les patients âgés, la PCT [251] ne présente pas d'utilité diagnostique claire par rapport à la CRP [244, 252, 253] et était même inférieure à la CRP dans l'étude hollandaise en médecine générale [245].

Les résultats radiologiques sont-ils différents chez les patients âgés atteints de pneumonie?

Les données disponibles sont faibles. Les infiltrats peuvent être dus à une insuffisance cardiaque ou être retardés en raison d'une déshydratation (et s'aggraver après hydratation). Il peut y avoir un décalage entre l'amélioration des signes cliniques et la disparition des signes radiologiques parfois retardée [239, 254].

Le spectre des germes en cas de pneumonie est-il différent chez les personnes âgées?

Oui. Certes, comme chez les personnes plus jeunes, les pneumocoques sont les bactéries les plus fréquentes [255], les germes atypiques (en particulier les mycoplasmes) sont plus rares chez les personnes âgées [256, 257], mais la légionellose est nettement plus fréquente [258, 259]. Chez les personnes âgées en institution, il faut aussi évoquer la pneumonie par aspiration [260].

Qui puis-je traiter en ambulatoire?

Un traitement ambulatoire à domicile est envisageable avec une surveillance accrue les premiers jours mais va grandement dépendre des

conditions de vie et du degré d'autonomie des patients [205]. En cas de doute, hospitaliser les patients affaiblis et vivant seuls – reste une décision clinique du médecin traitant. Certains scores permettent d'évaluer la sévérité et la nécessité d'une hospitalisation par exemple le Pneumonia Severity Index (PSI) [261, 262] ou, plus simple, le CURB-65 [262–264]: >65 ans, insuffisance rénale (urée >7 mmol/l), état confusionnel, tension systolique <90 ou diastolique <60, fréquence respiratoire >30 donnent chacun un point. A partir de 2 points, une (courte) hospitalisation doit être envisagée.

Dans certains cas, puis-je traiter une pneumonie sans antibiotiques, comme pour une angine streptococcique [265] ou une cystite [266]?

Comme dans d'autres infections courantes, l'administration d'antibiotiques systématique doit être réservée aux situations présentant des critères de gravité clinique, une CRP élevée, une élévation des neutrophiles ou des infiltrats radiologiques denses [267, 268] (voir encadré 3): Un traitement primaire sans antibiotiques, avec un suivi étroit, est envisageable en l'absence d'arguments en faveur d'une pneumonie bactérienne. Dans la BPCO, la fréquence et la durée des exacerbations ont diminué avec un traitement homéopathique en plus du traitement standard [269].

Dois-je arrêter les suppléments alimentaires sous traitement antibiotique?

Oui et non. Il y a peu de problèmes d'interaction avec les pénicillines et les céphalosporines.

Encadré 3: Arguments en faveur d'une pneumonie bactérienne.

- symptômes aigus d'installation rapide
- absence de symptômes viraux
- toux, sans rhume, maux de gorge, conjonctives rouges)
- symptômes initialement légers et aggravation secondaire (souvent interprété comme une «surinfection bactérienne»)
- leucocytes >15 000/μl ou <6000/μl
- déviation gauche
- PCT >0,25 μg/l
- infiltrat radiologique dense ou lobaire

Facteurs plutôt en faveur d'une pneumonie virale:

- symptômes «viraux» (des voies respiratoires supérieures)
- quelqu'un de la famille/de l'environnement social proche a contracté une maladie «virale»
- leucocytes normaux ou à peine augmentés
- CRP <30 g/l
- PCT <0,1 μg/l
- Les infiltrats sont «seulement» tachetés/translucides

Modifié d'après [267]

Perfectionnement

En revanche, des cations comme le calcium (ostéoporose), le magnésium (cramps), le zinc et le fer peuvent former des complexes avec les quinolones et les tétracyclines dans l'intestin, remettant ainsi en question leur absorption et leur efficacité [270, 271]. Une prise décalée dans le temps (quinolone matin/soir, calcium à midi) n'apporte pas grand-chose – il vaut mieux interrompre complètement les cations pendant l'antibiothérapie.

Ne devrais-je pas renoncer aux fluoroquinolones de toute façon?

Si possible, oui (voir encadré 4): N'utiliser les quinolones que s'il n'existe pas d'alternative [272], uniquement sous contrôle étroit [271, 273] et pas en cas d'infections autolimitées comme la cystite [266, 274].

Encadré 4: Nous devrions, dans la mesure du possible, renoncer aux quinolones.

Les fluoroquinolones (ciprofloxacine, lévofloxacine, moxifloxacine et autres) sont de plus en plus associées à des effets défavorables. Depuis 10 ans, les autorités américaines recommandent une grande retenue [275]. Attention à l'allongement de l'intervalle QTc [276], surtout en combinaison avec des antidépresseurs (SSRI) [277]. Les quinolones peuvent être plus nocives pour la flore intestinale que d'autres antibiotiques [278] et favorisent la formation de souches endogènes d'E. coli résistantes dans l'intestin [279]. Les quinolones favorisent le délire et d'autres symptômes neurologiques chez les patients âgés [280] – utiliser la dose maximale avec prudence.

Les patients âgés atteints de pneumonie se rétablissent-ils plus lentement?

Oui [281]. Jusqu'à la stabilité clinique (amélioration subjective, afebrile, tension artérielle normale), cela peut prendre plus de temps que les 2–3 jours recommandés. Chez les patients âgés ou multimorbides en particulier, il s'agit plutôt de 5 à 7 jours [282]. La plupart du temps, il n'y a pas de complication (p. ex. empyème) en cas de guérison lente; il faut simplement patienter 2 à 3 jours de plus.

Une prévention efficace de la pneumonie est-elle possible chez les personnes âgées?

Oui, en plus de l'arrêt du tabac et d'une consommation modérée d'alcool, les traitements à base d'opiacés, de benzodiazépines et

de neuroleptiques devraient être réévalués ou leur dosage réduit (mots-clés: état mental réduit, dysfonctionnement neurocognitif, risque de chute et d'aspiration). Le lien entre les caries et les pneumonies par aspiration est bien documenté – l'assainissement dentaire, le brossage régulier des dents et l'hygiène dentaire professionnelle sont efficaces en termes de prévention [283]. Il n'existe toutefois de solides données indiquant que la désinfection régulière de la bouche réduit le risque de pneumonie chez les patients âgés hospitalisés qui présentent un risque accru d'aspiration en raison de troubles de la déglutition [284–289].

Les Infections des voies urinaires (IVU) chez les personnes âgées

La présentation clinique des IVU est-elle souvent non spécifique chez les personnes âgées?

Cela a été rapporté à plusieurs reprises, mais le sujet est complexe [290, 291]. La littérature spécialisée est difficile à interpréter car elle a tendance à négliger la différence entre les IVU et la bactériurie en partant de l'hypothèse que d'autres symptômes comme la dysurie et la pollakiurie peuvent être absents chez les personnes âgées souffrant d'IVU. Malheureusement, cette attitude conduit à interpréter comme des IVU des symptômes variés, fréquents, souvent vagues et autolimités chez les personnes âgées, comme la détérioration de l'état mental, le malaise et l'instabilité de la marche, mais aussi des symptômes chroniques fluctuants comme le besoin d'uriner ou l'incontinence urinaire, cela même si dans de nombreux cas, il n'y a pas d'évidence d'IVU en dehors de la bactériurie, ce qui conduit à l'utilisation inutile d'antibiotiques [292–294].

Quelle est la fréquence de la bactériurie asymptomatique (BA)?

Fréquente – avec ou sans IVU, avec ou sans fièvre, avec ou sans sonde urinaire à demeure [295–299]. La prévalence chez les femmes de plus de 80 ans est >20% et chez les hommes de plus de 80 ans, d'environ 5–10% [300]. En EMS, la prévalence de la BA est encore nettement plus élevée (25–50% pour les femmes, 15–40% pour les hommes) [292]. La BA peut persister pendant des années.

Si la BA s'accompagne d'une leucocyturie, il s'agit d'une IVU. Est-ce vrai?

Non. La BA s'accompagne régulièrement d'une leucocyturie, et cela n'a pas de signification supplémentaire. D'ailleurs, la BA est définie comme une croissance bactérienne dans la culture d'urine – les bactéries dans le test de la bandelette ne sont pas pertinentes.

L'absence de leucocyturie est-elle un bon argument contre une IVU?

Oui, cela a une valeur prédictive négative élevée, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'IVU [294, 301].

Alors, quand dois-je penser à une IVU chez la personne âgée?

Un diagnostic d'IVU ne doit être envisagé et une culture d'urine ne doit être effectuée qu'en cas d'apparition de nouveaux symptômes focaux d'IVU (dysurie, pollakiurie) ou de fièvre, si les symptômes ne régressent pas spontanément et si, après une évaluation minutieuse, aucune autre explication ne peut être avancée – même chez les porteurs de cathéters [278, 295, 302]. C'est également ce que recommande smartermedicine.ch. Comme dans la population générale, le traitement de l'IVU chez les personnes âgées doit se faire uniquement en présence de symptômes typiques et d'une culture d'urine positive pour un germe uropathogène. En EMS, après un examen clinique minutieux, la fièvre est 5 à 10 fois plus souvent due à une infection des voies respiratoires qu'à une IVU [299, 303].

Un état confusionnel peut-il être l'expression d'une IVU?

Le lien entre l'état confusionnel et l'IVU est souvent mentionné, mais n'est pas prouvé. Les mêmes comorbidités les favorisent [292, 302]. Un état confusionnel avec bactériurie n'est pas une indication à une antibiothérapie.

Qu'en est-il des IVU chez les porteurs de sonde urinaire?

Par jour de pose de CP, la probabilité de BA est de 3 à 8%. La bactériurie ne doit donc être ni recherchée ni traitée chez les porteurs de CP. Les tentatives d'éradication par antibiotique sont infructueuses et entraînent des résistances. La leucocyturie, l'odeur ou la turbidité de l'urine ne permettent pas non plus de distinguer une BA d'une IVU chez les porteurs de CP. Le risque de BA et d'infection urinaire est similaire pour les cathéters urétraux et suprapubiens.

L'urine résiduelle entraîne-t-elle une récurrence des infections urinaires?

Voir notre article dans PHC 8/2021 [266, 302]: Les preuves sont faibles [304, 304–306]. Une grande étude menée auprès de 900 femmes âgées n'a pas montré de lien entre le volume d'urine résiduelle et le risque d'IVU [307].

A quoi dois-je faire attention lors d'une culture d'urine?

Toujours prélever la culture d'urine avant la prise d'antibiotiques, car elle peut être négative après 1 dose seulement [308]. En cas d'incontinence urinaire, le prélèvement de la culture

peut être plus difficile – envisager la pose d'une sonde à usage unique (c'est un sujet difficile en cas de démence ou d'état confusionnel).

Et pour les porteurs de sonde urinaire?

Si une sonde urinaire reste nécessaire: changer la sonde et procéder à une culture d'urine immédiatement après la mise en place de la nouvelle sonde. Cette façon de faire représente mieux les germes uropathogènes présents dans l'urine et diminue le risque d'identifier les germes colonisateurs de l'ancienne sonde.

Puis-je lors d'une cystite procéder à un premier traitement sans antibiotiques, même chez les personnes âgées?

Oui, même si la cystite est récidivante [266, 302], car une cystite évolue rarement vers une pyélonéphrite [309]. Les indications à une antibiothérapie en cas d'IVU sont clairement définies: S'il y a de la fièvre ou des signes de pyélonéphrite (sensibilité ou douleur des loges rénales), il s'agit de plus qu'une simple cystite et un traitement sans antibiotiques est trop risqué.

Le traitement de l'IVU est-il différent chez les personnes âgées?

Non. En particulier, la durée de l'antibiothérapie n'est pas plus longue (tableau 1). Utiliser la fosfomycine avec retenue en cas de démence («pas de miction pendant 4 h après la prise» est difficile à mettre en œuvre).

Quelle est la durée optimale du traitement de l'IVU en cas de sonde urinaire?

Ce n'est pas clair. La première question doit être la suivante: Faut-il encore une sonde urinaire? Si oui, la changer avant l'administration d'antibiotiques [310]. En cas de bonne réponse, le traitement doit être limité à 7 jours afin de limiter le développement de résistances [311].

Quelles sont les mesures efficaces pour la prévention des IVU?

Voir encadré 5.

Érysipèle

Chez les personnes âgées, la peau est plus fine, sa résistance est plus faible et sa capacité à retenir l'eau est réduite. Cela peut entraîner une sécheresse de la peau et des démangeaisons [329]. Environ 70% des personnes âgées de 70 ans ont au moins un problème de peau [330], et presque tous les résidents d'EMS souffrent de sécheresse cutanée [331].

À quoi dois-je faire attention dans la pratique au cabinet?

Un érysipèle peut se présenter de manière non spécifique (voir encadré 2) [332, 333]. Pas d'antibiothérapie empirique s'il y a une infection post-opératoire ou du matériel prothétique à proximité de l'érysipèle (consulter le chirurgien/infectiologue) ou un écoulement d'un ulcère chronique (suspicion d'ostéomyélite, consulter). L'érythème local, l'œdème et la CRP élevée ne s'améliorent souvent que lentement [334] – l'amélioration de la douleur et la disparition de la fièvre sont plus importantes pour évaluer l'évolution [335].

L'essentiel dans la pratique

- La pneumonie, l'érysipèle ne sont pas diagnostiqués différemment chez les personnes âgées. Les présentations peu symptomatiques sont toutefois plus fréquentes («seulement» confusion, détérioration de l'état général, chute) et peuvent compliquer ou retarder le diagnostic.
- Il n'est pas rare que les personnes âgées atteintes de pneumonie aient besoin de 5 à 7 jours après le début du traitement par antibiotique pour obtenir une amélioration subjective et une absence de fièvre. De plus, elles ont une convalescence prolongée – les symptômes résiduels après 1 à 2 mois ne sont pas rares.
- Le diagnostic d'infection urinaire ne doit être fait, même chez les personnes âgées, qu'en cas de symptômes locaux typiques (nouvelle dysurie, pollakiurie, fièvre) – la bactériurie asymptomatique est fréquente, elle ne doit être ni recherchée ni traitée.

Y a-t-il des avantages à être hospitalisé?

En plus du traitement antibiotique intraveineux, l'hospitalisation facilite les soins attentifs, la surveillance ainsi que l'élévation des jambes [336], importante sur le plan thérapeutique, le refroidissement, le décongestionnement et éventuellement le débridement en cas d'ulcères de pression.

Quels sont les autres facteurs importants pour le traitement de l'érysipèle?

Un pansement compressif peut réduire les récurrences [337]. Les causes de l'érysipèle doivent être recherchées et traitées (après la fin de l'antibiothérapie), par exemple les mycoses des pieds ou des ongles [156]. En cas d'ulcères de pression, des compléments alimentaires, une réduction régulière de la pression et une hygiène soignée en cas d'incontinence sont à envisager à titre préventif [338–341]. En cas de peau sèche, un graissage généreux (si nécessaire, plusieurs fois par jour) améliore l'intégrité de la peau [342–344].

Correspondance

Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland, CH-4101 Bruderholz
philip.tarr[at]unibas.ch



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://doi.org/10.4414/phc-f.2023.10694>.

Encadré 5: Prévention des IVUs chez les personnes âgées.

- Éviter si possible les sondes urinaires à demeure [290, 292, 296].
- Examiner d'un œil critique les médicaments susceptibles d'avoir un effet rétenteur d'urine.
- Rien ne s'oppose à une tentative de prophylaxie avec du jus de canneberge [312, 313], une augmentation de la prise d'eau [314, 315], du D-mannose [316, 317], des pommades vaginales grasses topiques ou une œstrogénothérapie locale [318, 319].
- Méthodes homéopathiques [320, 321].
- Phytothérapie (p. ex. mélanges de teintures mères de Solidago, Equisetum et ortie (2–3× par jour, pendant 2–3 mois, aussi souvent que la patiente y pense), ou chiendent, également en teinture mère, raifort/nasturtium, raisin d'ours et autres [322–325].
- Évaluer les facteurs psychosociaux et utiliser généreusement les méthodes non médicamenteuses en fonction de la patiente ou du patient: Méditation, exercices de relaxation, réduction du stress, augmentation de l'activité physique, traitement par la chaleur ou le froid et physiothérapie [302].
- Les calculs rénaux peuvent être considérés comme une source potentielle d'infection.
- Une prophylaxie antibiotique des infections urinaires n'est plus guère recommandée aujourd'hui en raison du développement de résistances et des dommages causés au microbiome [326].
- Nous ne recommandons pas Uro-Vaxom® – les données d'efficacité sont faibles [327, 328].

Modifié d'après notre article paru dans PHC 8/2021 [302]