



RHNe

**Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois**

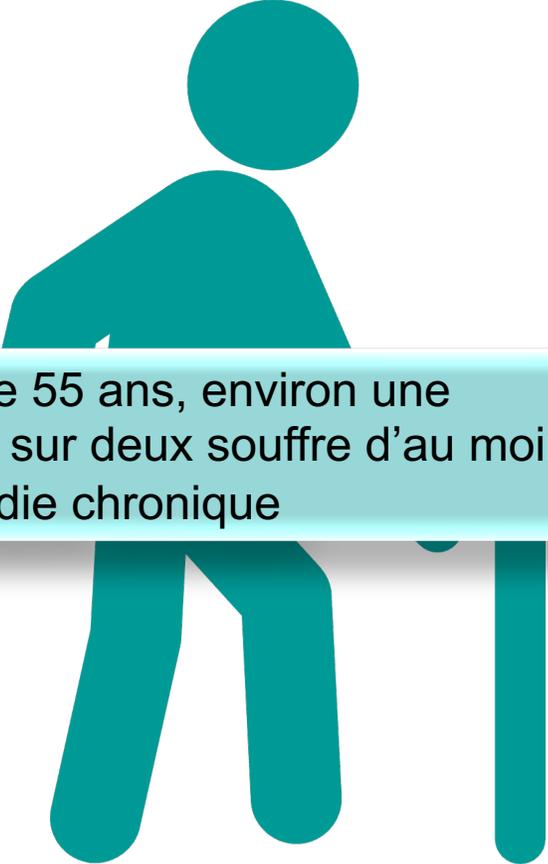
Infections respiratoires et personnes âgées

Journée de la Marive SIPI, 08.03.2024

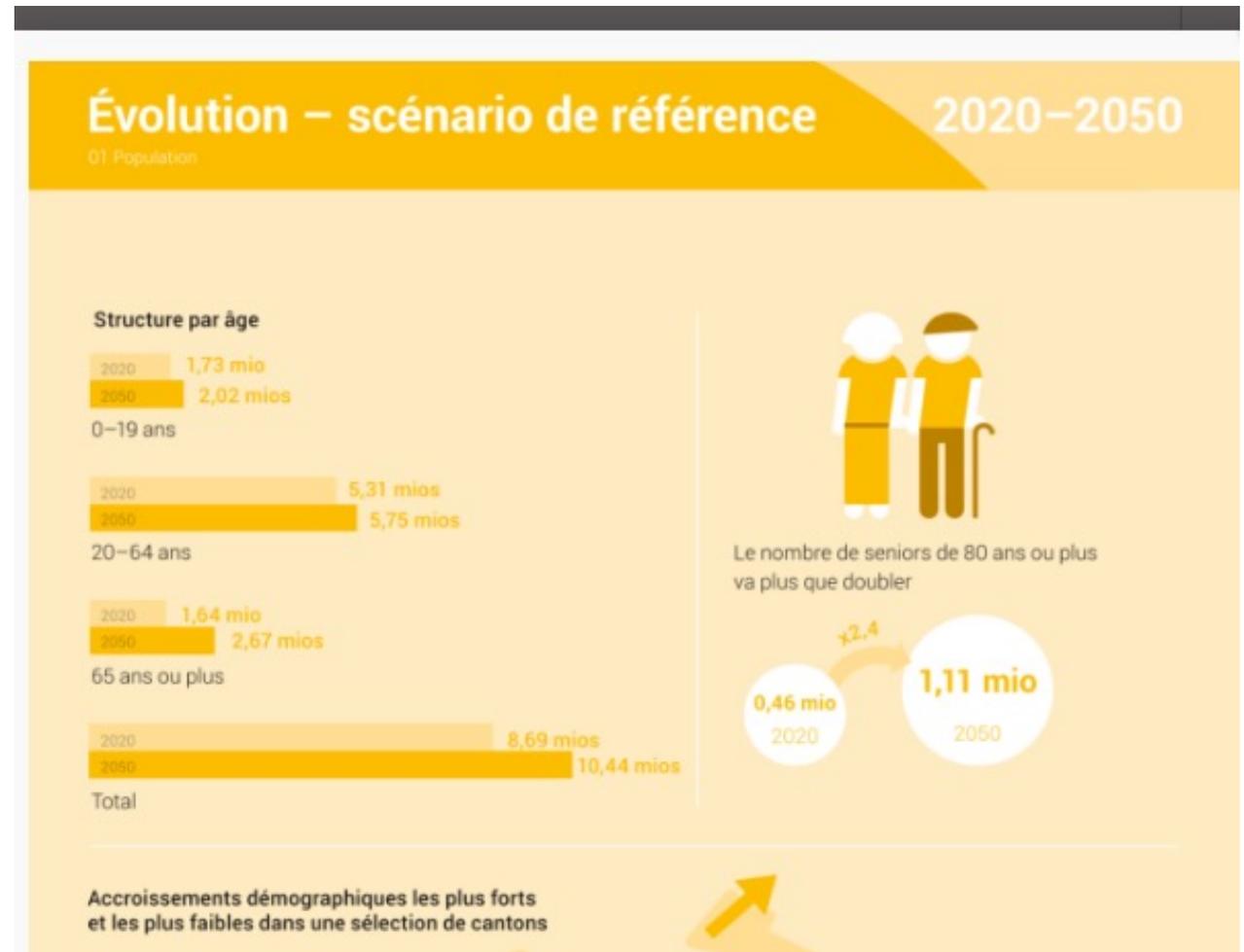
Dre M.Gagliano, médecin cadre, gériatrie, DGRSP, RHNe

1. **Introduction**
2. Epidémiologie chez la personne âgée
3. Vieillesse et poumon
4. Immunosénescence et réponse vaccinale
5. Manifestation clinique chez la personne âgée
6. Facteurs de risque
7. Pneumonie d'aspiration
8. Pneumonie chez les patients âgés en fin de vie
9. Conclusions / Bibliographie



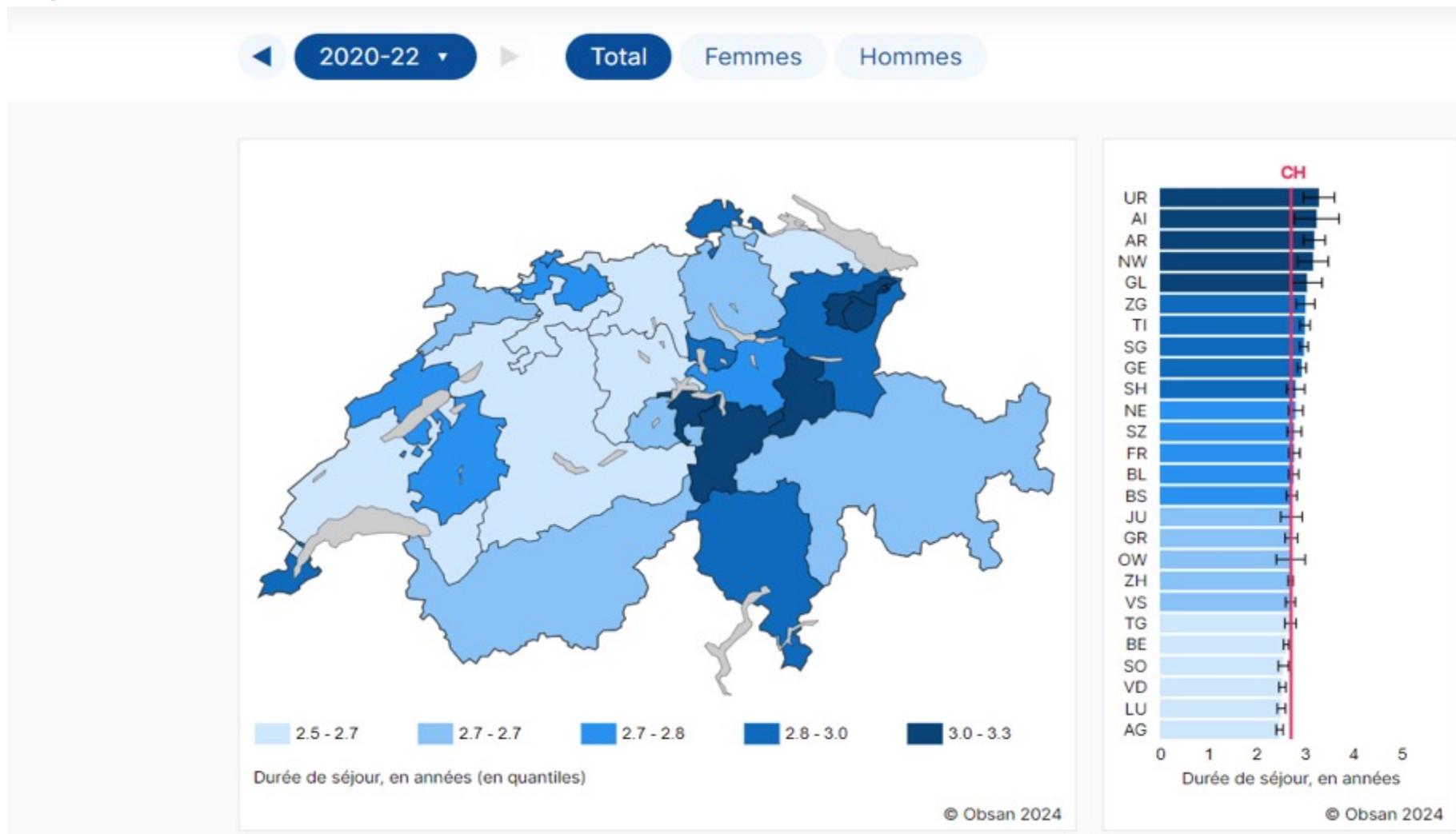


À partir de 55 ans, environ une personne sur deux souffre d'au moins une maladie chronique



Vieillesse démographique

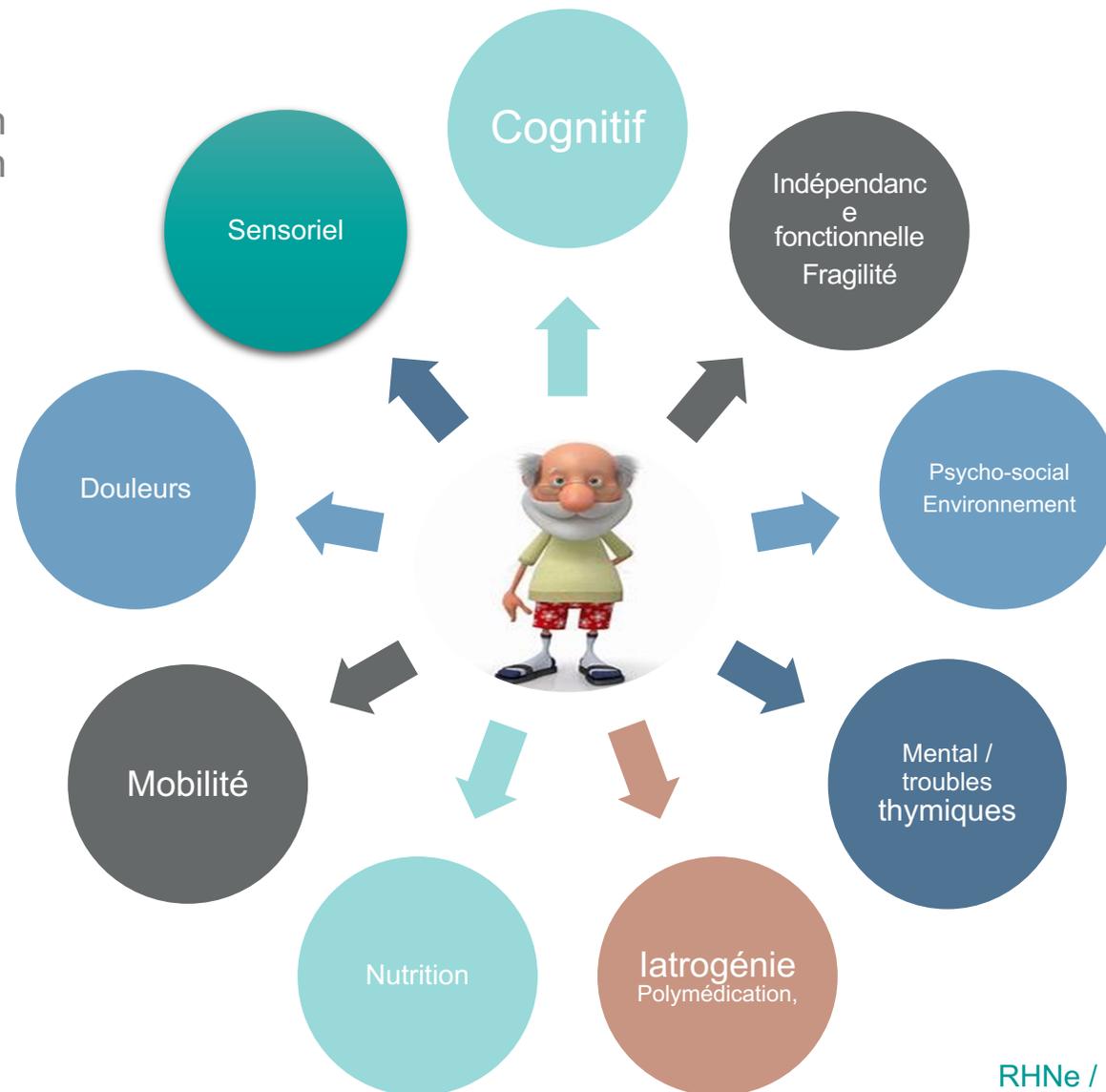
Durée des longs séjours en EMS des résidents âgés de 65 ans et plus, moyenne sur 3 ans



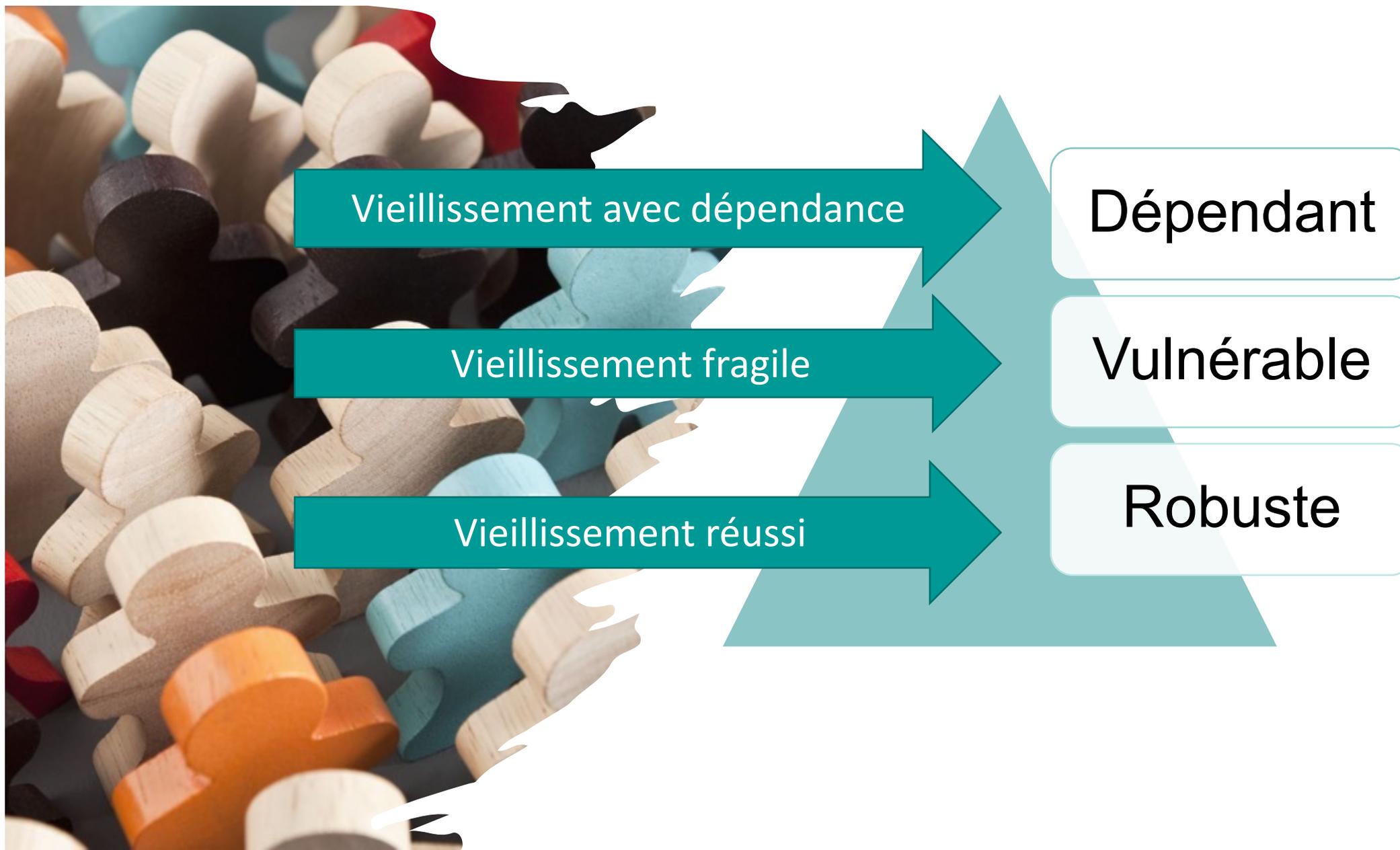
Introduction

Evaluation gériatrique globale standardisée

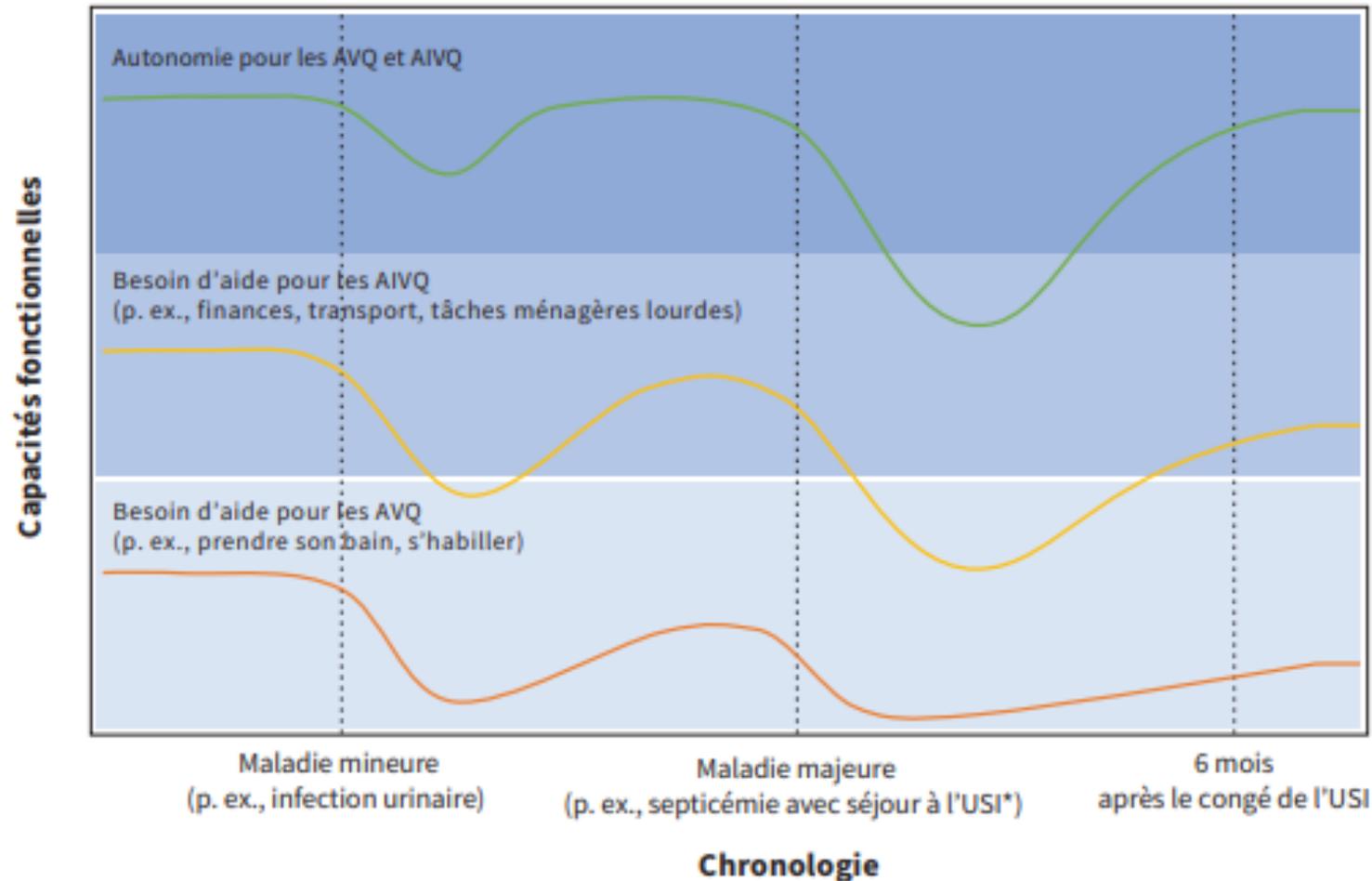
- Standardisée, individualisée, multidimensionnelle
- EGGS en unité gériatrique limite le déclin fonctionnel et augmente la probabilité de maintien à domicile 12 mois après sortie



Population hétérogène



Indépendance fonctionnelle et maladie



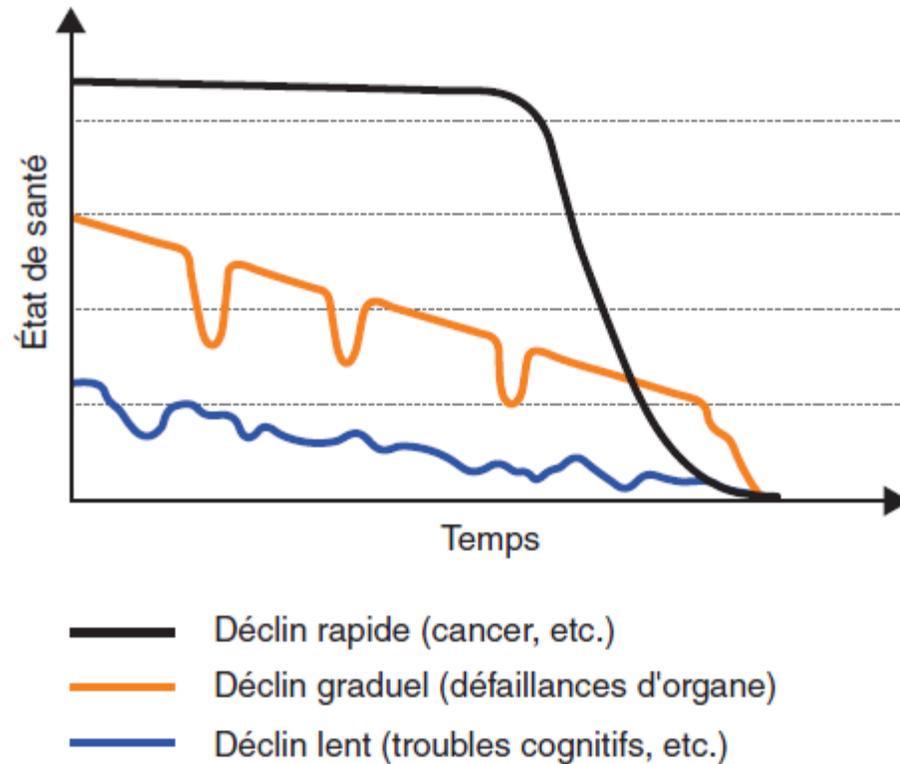
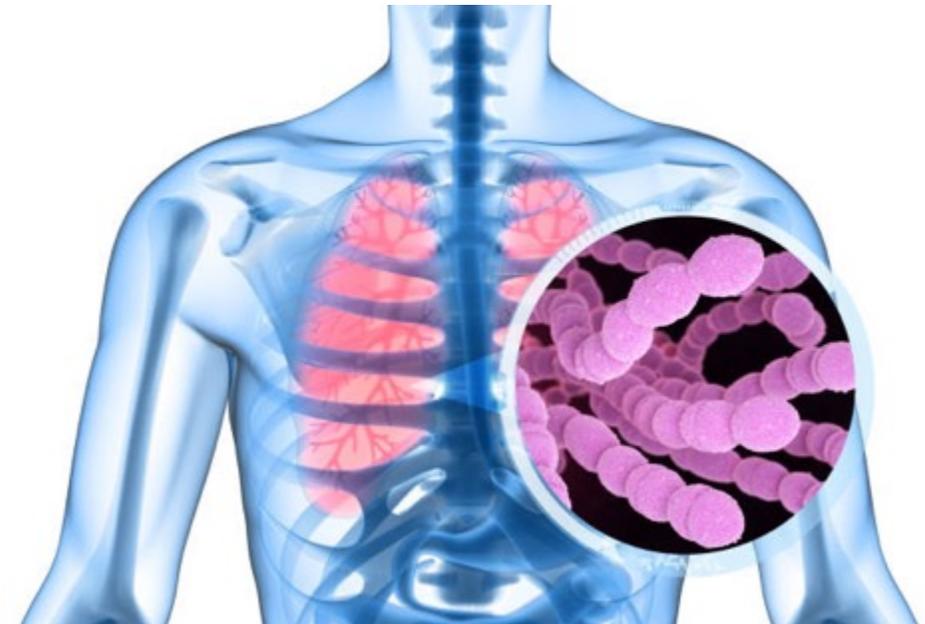


Fig. 95.3 Les trois trajectoires de fin de vie en fonction de la pathologie. Adapté de Lynn J, Adamson DM. *Gut leben am Ende des Lebens. Anpassung der Gesundheitsversorgung an schwere chronische Erkrankungen im Alter*. Washington: Rand Health, 2003. https://www.rand.org/pubs/white_papers/WP137.html

1. Introduction
2. **Epidémiologie des infections respiratoires chez la personne âgée**
3. Vieillesse et poumon
4. Immunosénescence et réponse vaccinale
5. Manifestation clinique chez la personne âgée
6. Facteurs de risque
7. Pneumonie d'aspiration
8. Pneumonie chez les patients âgés en fin de vie
9. Conclusions / Bibliographie

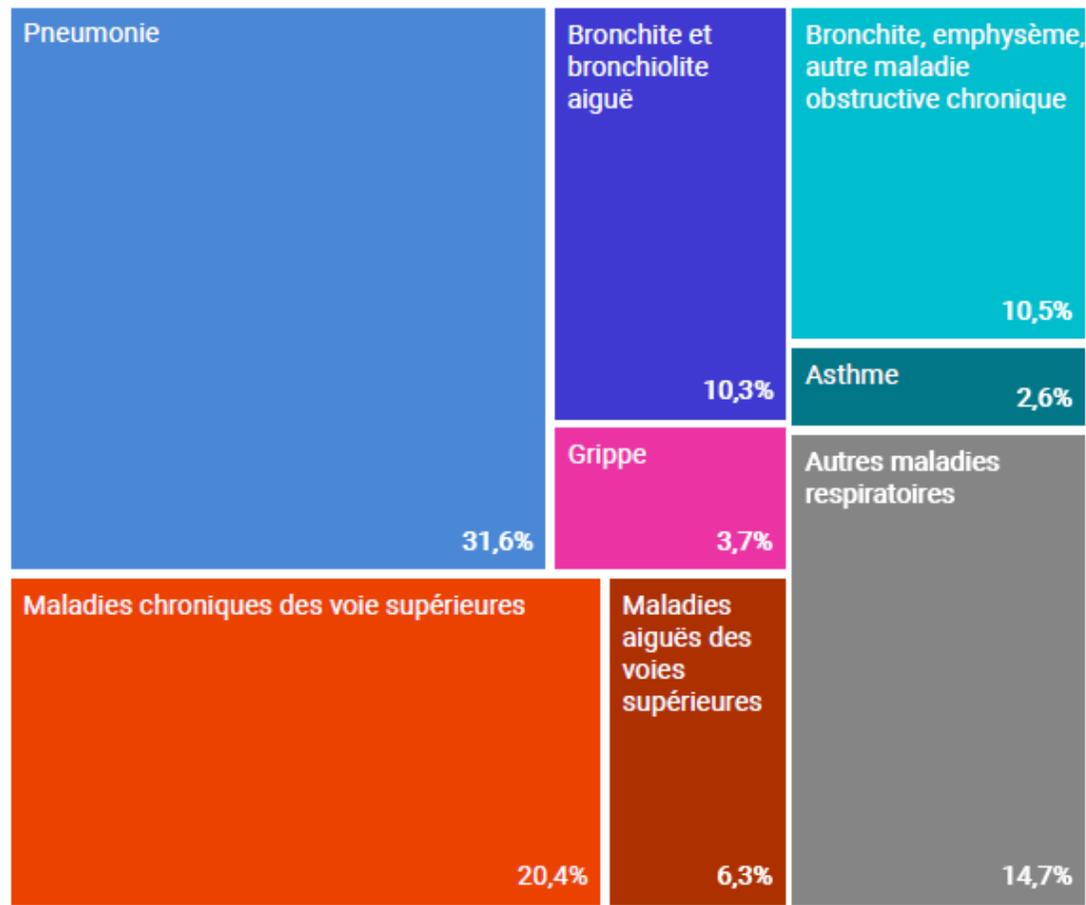


Hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire, en 2022

Selon le groupe de diagnostic principal

G1

Total 94 350



En cas de pneumonie ou de grippe, l'âge médian des personnes hospitalisées est élevé: la moitié des personnes hospitalisées pour une pneumonie a plus de 76 ans (70 ans pour la grippe).

L'addition des valeurs individuelles peut diverger légèrement du total en raison des écarts d'arrondi.

La prévalence estimée de la pneumonie communautaire (PAC) dans le monde se situe entre 150 et 1400/100 000 .

1,13 million ou 261/100 000 personnes >70 ans en sont décédées en 2017,

Incidence de la pneumonie acquise en communauté augmente avec l'âge 21.8/1000 personnes/année entre 85 et 90 ans

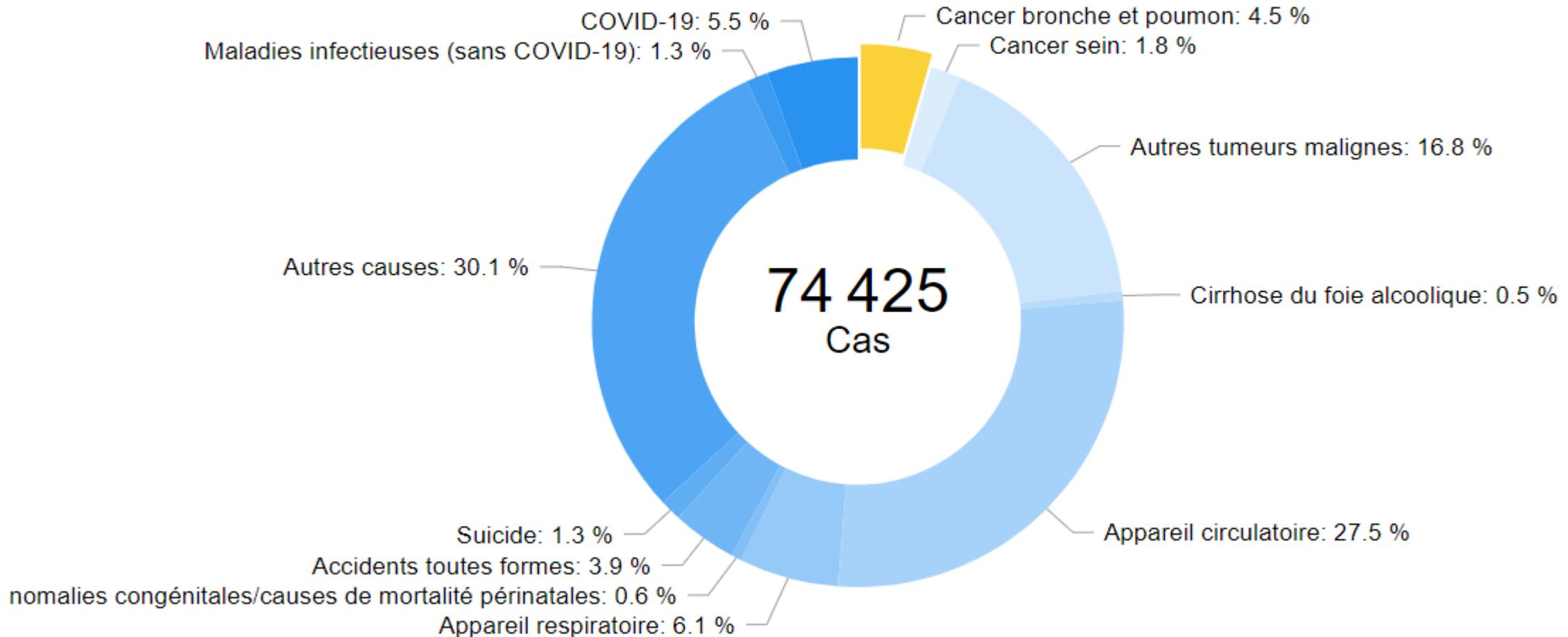
Taux de mortalité variable 5-40%

Taux de complications intrahospitalière plus hautes

- Yoshimatsu Y, Melgaard D, Westergren A, Skrubbeltrang C, Smithard DG. The diagnosis of aspiration pneumonia in older persons: a systematic review. Eur Geriatr Med. 2022 Oct;13(5):1071-1080. doi: 10.1007/s41999-022-00689-3. Epub 2022 Aug 25. PMID: 36008745; PMCID: PMC9409622.
- Prendki, V., Reny, J., Huttner, B., Perrier, A., Stirnemann, J., Pneumonie chez le sujet âgé : y a-t-il des spécificités ?, Rev Med Suisse, 2014/449 (Vol.10), p. 2081–2086.

Causes de mortalité

Distribution des décès en pourcent



© Obsan 2024

La pneumonie acquise en établissement medico-social (EMS) est l'une des premières causes de décès et la seconde cause de transfert en soins aigus

Epidémiologie

Les virus sont en cause dans 10 à 30 % des pneumopathies communautaires, (contexte épidémique, en particulier en institution)

1) Influenza, 2) SARS-cov2, 3) RSV .

(autres *para-influenzae*, rhinovirus, *human meta-pneumovirus*, adénovirus)

Bactéries :

- Pneumonie inhalation plus fréquentes (germes anaérobies, polymicrobiennes)
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Staphylococcus aureus*, *pseudomonas*
- *Haemophilus influenzae*
- *Pneumonie atypique*, légionelles



Infection à Sars-Cov2

- En France, **60 % des décès liés à la Covid-19 chez personnes de 80 ans** (representant 6,2 % de la population).
- 32 000 décès liés à la Covid-19 sont survenus chez les résidents d'Ehpad entre le début de la pandémie et fin 2022.
- **En Suisse : 9 décès 10 survenus chez des personnes de plus de 70 ans**



Infection à Sars-Cov 2

Les personnes âgées peuvent manifester des symptômes atypiques comme :

- une confusion mentale ou des chutes.
- La maladie peut aussi être révélée par la décompensation d'une maladie chronique sous-jacente, en particulier insuffisance cardiaque ou arythmie.

L'âge avancé est un indicateur de mauvais pronostic, mais devrait être pondéré par des index pronostiques tenant compte de l'hétérogénéité de l'état de santé (comorbidités), fonctionnel et cognitif dans cette population

TABLEAU 1

Manifestations typiques et atypiques associées à une infection à SARS-CoV chez les personnes âgées

Ces symptômes peuvent se présenter isolément, voire précéder de plusieurs jours l'apparition de symptômes respiratoires ou un état fébrile, qu'il ne faut pas attendre pour évoquer le diagnostic.

Systeme	Symptômes
Syndromes gériatriques	<ul style="list-style-type: none"> • Changement de l'état de santé habituel • État confusionnel aigu • Chutes
Symptômes généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Fébricule • Alternance entre hypo- et hyperthermie
Cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotensions, syncopes • Instabilité hémodynamique
Respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Toux • Dyspnée, polypnée, syndrome de détresse respiratoire
Neurologique	<ul style="list-style-type: none"> • Léthargie • AVC
ORL	<ul style="list-style-type: none"> • Anosmie, dysgueusie • Odynophagie
Gastroentérologique	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées • Nausées, vomissements
Hématologique	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphopénie

Infection à Sars-Cov 2

Covid long chez les personnes âgées?

Personal View

Long COVID and older people

Victoria Mansell, Sally Hall Dykgraaf, Michael Kidd, Felicity Goodyear-Smith

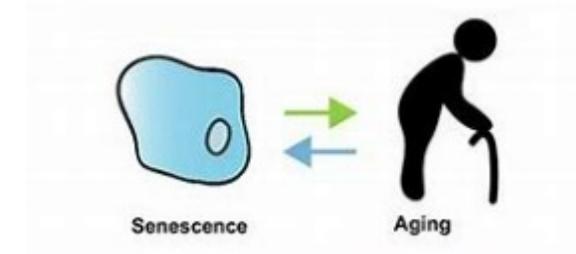
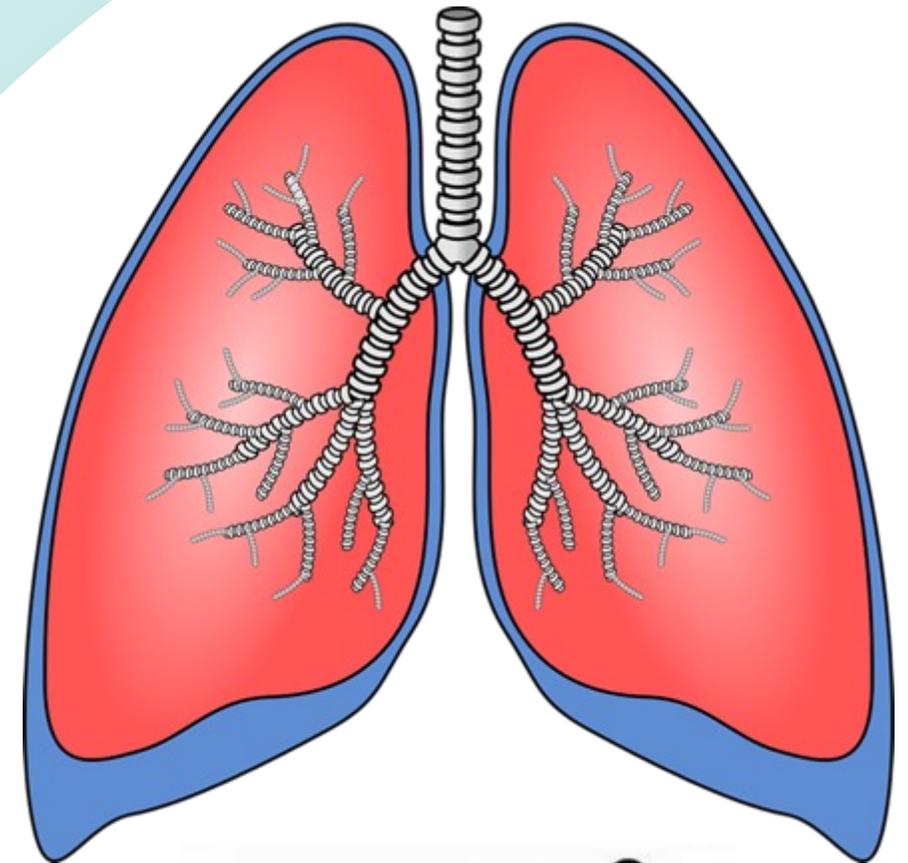
Long COVID is a poorly understood condition, with a wide spectrum of effects on multiple body systems and variable presentation in different individuals. Long COVID is of particular concern among older people (ie, aged 65 years or older), who are at greater risk than younger people of persisting symptoms associated with COVID-19. In addition, COVID-19 might trigger or exacerbate chronic conditions that occur commonly in older people, such as cardiovascular diseases, respiratory diseases, neurodegenerative conditions, and functional decline. In addition, the disruptive effects of COVID-19 for older people should not be underestimated; lockdowns and other restrictions might have reduced the social interactions of older people, and they are also likely to have lost a spouse or loved one during the pandemic, which can contribute to mental and physical decline. COVID-19 vaccination appears to reduce the effects of long COVID, and older people, especially those living in aged care facilities, should remain up-to-date with their COVID-19 vaccinations. Health-care staff should also consider long COVID in the differential diagnosis of relevant symptoms in older people, rather than assume increasing frailty, and should pursue early multidisciplinary assessment and management of persisting symptoms. Addressing physical, psychological, and functional sequelae will mitigate the effect of long COVID and improve the health and quality of life of older people.



Lancet Healthy Longev 2022;
3: e849–54

Department of Health and Aged Care, Government of Australia, Canberra, ACT, Australia (V Mansell MBBS, Prof M Kidd PhD); Rural Clinical School, Australian National University Medical School, Canberra, ACT, Australia (S Hall Dykgraaf PhD); Department of General Practice & Primary Health Care, University of Auckland, Auckland, New Zealand (Prof F Goodyear-Smith MD)

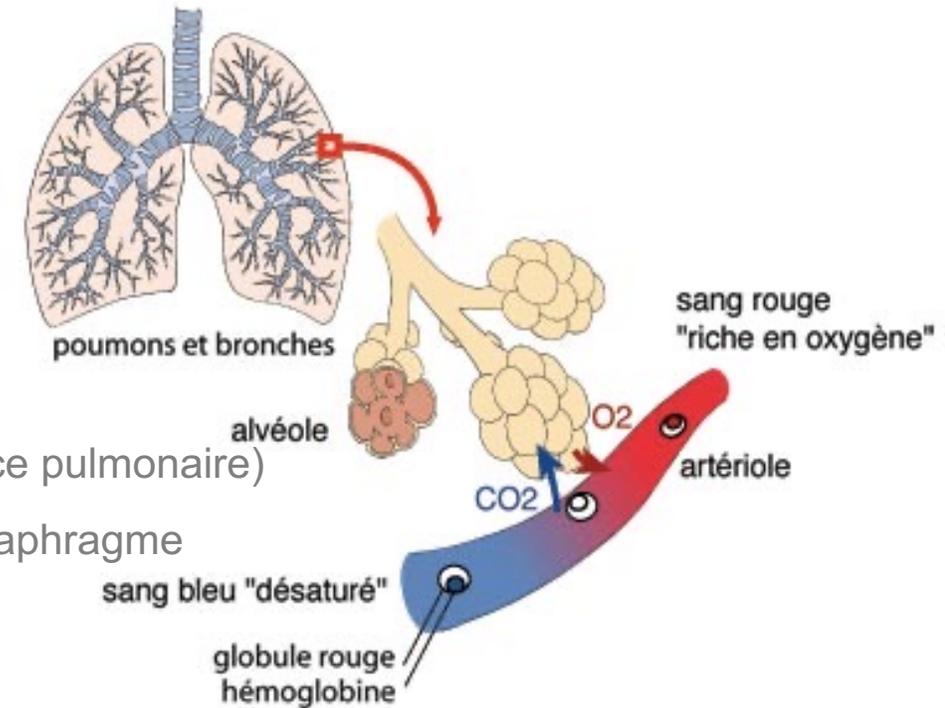
1. Introduction
2. Epidémiologie des infections respiratoires chez la personne âgée
3. **Viellissement et appareil respiratoire**
4. **Immunosénescence et réponse vaccinale**
5. Manifestation clinique chez la personne âgée
6. Facteurs de risque
7. Pneumonie d'aspiration
8. Pneumonie chez les patients âgés en fin de vie
9. Conclusions / Bibliographie



Vieillessement et poumon

physiopathologie

- **Diminution de l'élasticité du tissu du poumon**
- Réduction de la surface alvéolaire
- **Diminution de l'efficacité des échanges gazeux**
- Réflexe de toux diminué et toux moins efficace
- Diminution des cils vibratils des bronches
- **Diminution de l'amplitude respiratoire** (muscles thoraciques et compliance pulmonaire)
- Perte de l'endurance de 25% de la force et de l'endurance musculaire du diaphragme
- **Pathologie respiratoire chronique sous-jacente**
- Moins bonne hygiène dentaire
- Diminution du flux salivaire
- **Augmentation des troubles de la déglutition.**
- Diminution de la sensibilité des centres respiratoires à l'hypoxie et l'hypercapnie



Immunosénescence

H. Vallet et al. / La Revue de médecine interne 40 (2019) 105–111

L'immunosénescence, ou vieillissement du système immunitaire,

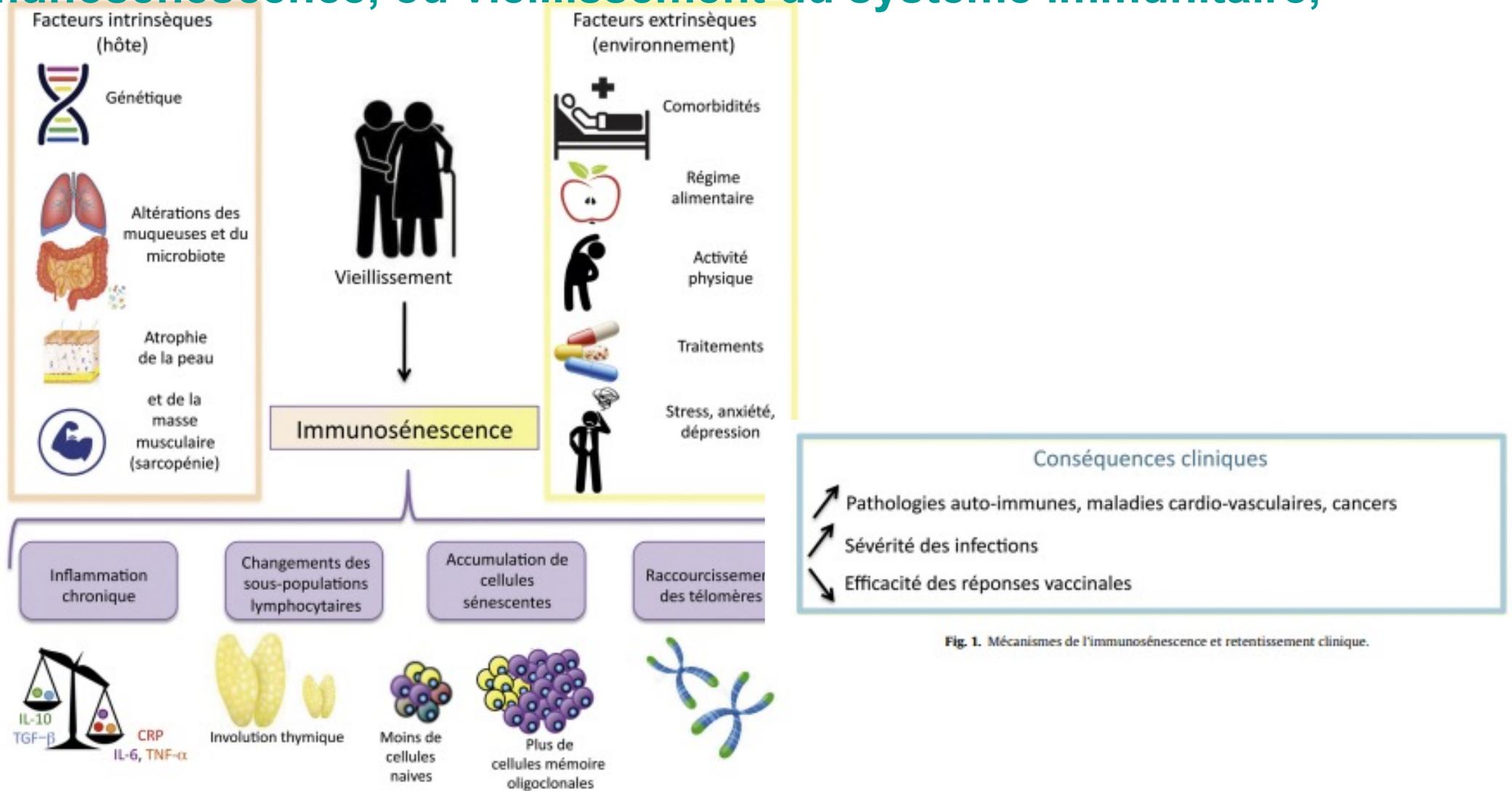


Fig. 1. Mécanismes de l'immunosénescence et retentissement clinique.

Immunosénescence

- le vieillissement du système immunitaire, contribue à l'augmentation de l'incidence des maladies infectieuses avec l'âge mais aussi à la diminution de la qualité de la réponse vaccinale
- **Facteur de risque d'acquérir** et de mourir des maladies infectieuses
- **Moindre réponse aux vaccins**, nécessité d'avoir des vaccins plus immunogènes adaptés

Immunosénescence

Réponse vaccinale

- L'immunosénescence, varie avec l'âge, débute vers 60—65 ans et plus prononcée après 85 ans.
- Toutes les étapes des réponses vaccinales sont touchées par l'immunosénescence,
- depuis l'immunité innée jusqu'à l'induction d'anticorps protecteurs et de la mémoire immunitaire.
- capacité de développer de nouvelles réponses en primo-vaccination est plus touchée que la capacité de réponse aux rappels, toutefois également altérée.



SÉRIE « VACCINATION »
Coordonnée par E. Blanchard et A. Bergeron (GREPI)

Altération des réponses vaccinales avec l'âge

Alterations in responses to vaccines in older people

B. Aufran^{a,b,*}

^a Sorbonne-université, 75005 Paris, France

^b UMR-S Inserm/UPMC 1135), CIMI-Paris (centre de recherches immunité maladies infectieuses), 83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France



Vaccins recommandés chez 65 ans +



Liste des vaccins recommandés pour les seniors
de plus de 65 ans

Coronavirus (COVID-19)

Diphtérie

Grippe (influenza)

Tétanos

Zona (herpès zoster)

Vaccin chez les personnes âgées

Vaccin contre la grippe

- Vaccin moins efficace chez les 65 ans et plus
- Diminue la morbi-mortalité

Tableau 2

Vue d'ensemble des produits disponibles pour la saison 2022/2023 (état juillet 2022)

Produit (fabricant)	Type de vaccin	Autorisation/ classe d'âge
Efluelda® (Sanofi Pasteur)	Vaccin fractionné, quadrivalent, vaccin à haute dose (constitué de particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase ainsi que d'autres composants du virus), quantité d'antigènes multipliée par 4 afin de renforcer l'efficacité. Administration i.m.	Pour les adultes âgés, dès 65 ans*
Fluarix Tetra® (GlaxoSmithKline)	Vaccin fractionné, quadrivalent (constitué de particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase ainsi que d'autres composants du virus). Administration i.m.	Pour adultes et enfants dès 36 mois
Vaxigrip Tetra® (Sanofi Pasteur)	Vaccin fractionné, quadrivalent (constitué de particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase ainsi que d'autres composants du virus). Administration i.m.	Pour adultes et enfants dès 6 mois
Fluenz Tetra® (Astra Zeneca)	Vaccin vivant atténué, quadrivalent (virus de la grippe capables de se multiplier, dont la pathogénicité est fortement atténuée et qui provoquent une réponse immunitaire muco-sale et systémique). Administration par spray nasal (gauche et droite)	Pour enfants et adolescents âgés de 2 à 17 ans (avant le 18 ^e anniversaire)*

* La prise en charge d'Efluelda® et de Fluenz Tetra® est en cours d'évaluation (état: 16 septembre 2022).

Efficacy and effectiveness of high-dose influenza vaccine in older adults by circulating strain and antigenic match: An updated systematic review and meta-analysis [☆]

Jason K.H. Lee ^{a,b,*}, Gary K.L. Lam ^{a,b}, Thomas Shin ^{b,c}, Sandrine I. Samson ^d, David P. Greenberg Ayman Chit ^{a,d}

Vaccins recommandés > 65 ans

- Ne pas oublier....La vaccination contre la coqueluche est aussi recommandée aux adultes en contacts réguliers avec des bébés de moins de 6 mois, y compris aux grands-parents ayant souvent la garde de leurs petits enfants.



Les grands-parents, la plus grande garderie de Suisse - Le Temps

Figure 1
 Incidence totale et par âge (cas pour 100 000 habitants) des maladies invasives à pneumocoques au fil du temps, 2002-2022

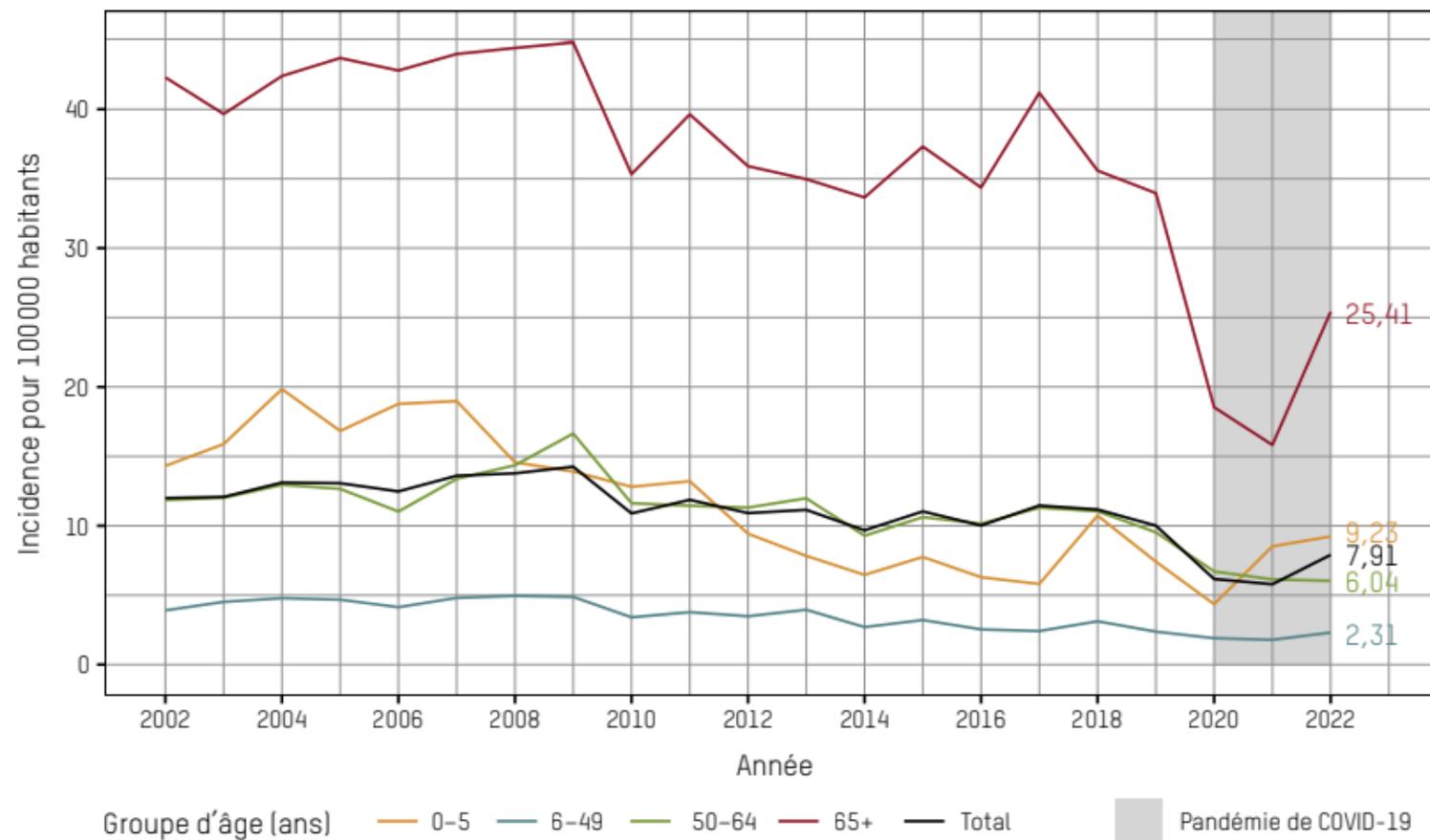


Tableau 1a

Nombre de cas, décès et incidence des maladies invasives à pneumocoques et des hospitalisations pour pneumonies à pneumocoques chez les personnes de ≥ 65 ans (moyenne annuelle 2017–2019)

	Nombre de cas/ décès par an (TL)	Incidence (mortalité)	Source des données
Maladies invasives à pneumocoques	574 cas/ 68 décès (12%)	36/100 000 (4,3/100 000)	OFSP: système de déclaration obligatoire
Pneumonies à pneumocoques (hospitalisées)			OFSP: statistique médicale des hôpitaux
microbiologiquement confirmées ¹	2236 cas/ 53 décès (2,4%)	141/100 000 (3,3/100 000)	(diagnostics principaux et diagnostics secondaires d'une sélection de codes CIM Pneumonie)
extrapolées ²	5562 cas	357/100 000	
Total (estimation)	7899 cas	498/100 000	

TL = taux de létalité

¹ code CIM-10-GM J13: Pneumonie due à *Streptococcus pneumoniae*

² 20 % de PP avec agent pathogène inconnu (bactérien ou totalement inconnu). Codes CIM-10-GM: J15 (Pneumonies bactériennes, non classées ailleurs), J158 (Autres pneumopathies bactériennes), J159 (Pneumopathie bactérienne, sans précision), J180 (Bronchopneumopathie, sans précision), J181 (Pneumopathie lobaire, sans précision), J188 (Autres pneumopathies, micro-organisme non précisé), J189 (Pneumopathie, sans précision).

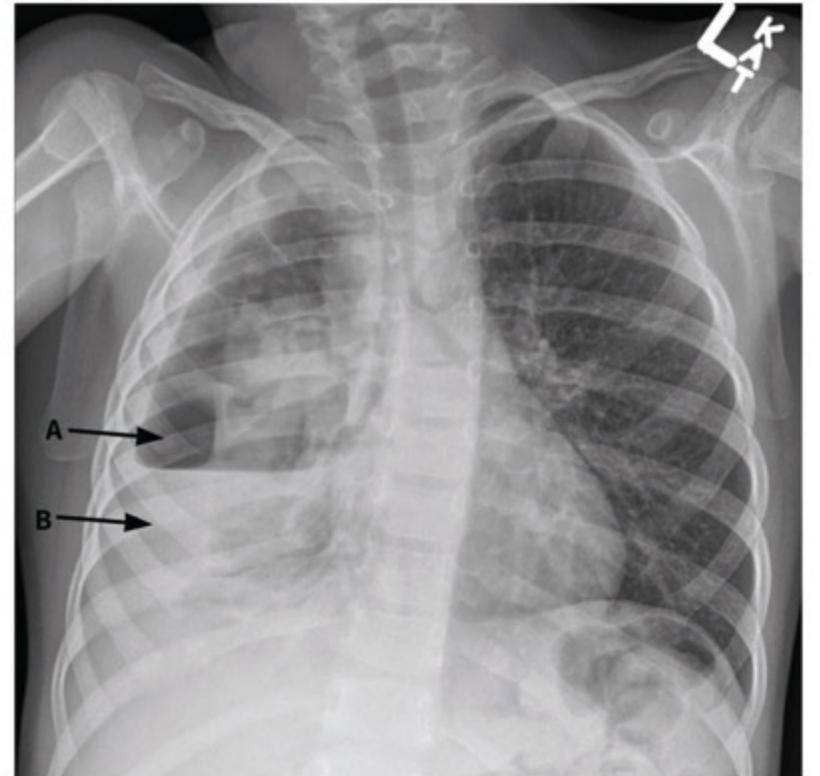
Vaccination chez les 65 ans et plus

La vaccination contre les pneumocoques est désormais recommandée comme vaccination complémentaire pour toutes les personnes à partir de 65 ans

État au 30.10.2023

- A partir de janvier 2024, la vaccination complémentaire contre les pneumocoques est recommandée aux personnes dès 65 ans non vaccinées contre les pneumocoques ou vaccinées seulement avec le Pneumovax®, avec 1 dose de vaccin anti-pneumococcique conjugué (PCV).

1. Introduction
2. Epidémiologie des infections respiratoires chez la personne âgée
3. Vieillesse et poumon
4. Immunosénescence et réponse vaccinale
- 5. Manifestation clinique chez la personne âgée**
- 6. Facteurs de risque**
- 7. Pneumonie d'aspiration**
- 8. Pneumonie chez les patients âgés en fin de vie**
- 9. Conclusions / Bibliographie**



Symptômes infections chez la personne âgée

Moins spécifiques (signes respiratoires en début d'infection moins fréquemment rapportés pour les patients âgés.)

Moins souvent de fièvre!

Moins de douleurs thoracique, de myalgies

+ de confusion

Lors de sepsis, moins de signes cliniques mais plus de risque de défaillance organe

Comorbidités qui décompense souvent secondairement

Marqueurs de l'inflammation sont moins fiable que chez les patients plus jeunes.

Radiographie parfois moins facile à réaliser correctement et à interpréter (déformation de la cage thoracique, pas debout)

TABLEAU 1

**Éléments diagnostiques
de la pneumonie chez
l'adulte et la personne âgée**

Présence des symptômes: ± plus rare, + fréquent, ++ très fréquente.

	Chez l'adulte jeune	Chez la personne âgée
Clinique		
Chute		++
Confusion	+	++
Toux	++	+
Expectoration	++	±
Fièvre	++	±
Présentation atypique (décompensation de comorbidités chroniques)		++
Radiographie		
Radiographie conventionnelle	++	±
Scanner thoracique	+	++

Chebib, N., et al. La pneumonie de la personne âgée et son lien avec l'état bucco-dentaire. *Rev Med Suisse*. 2018; 14 (626): 2007–2011.

Scores pronostiques de la pneumonie chez la personne âgée

Scores prédictifs pour la gravité (CURB 65, PSI, SOAR)

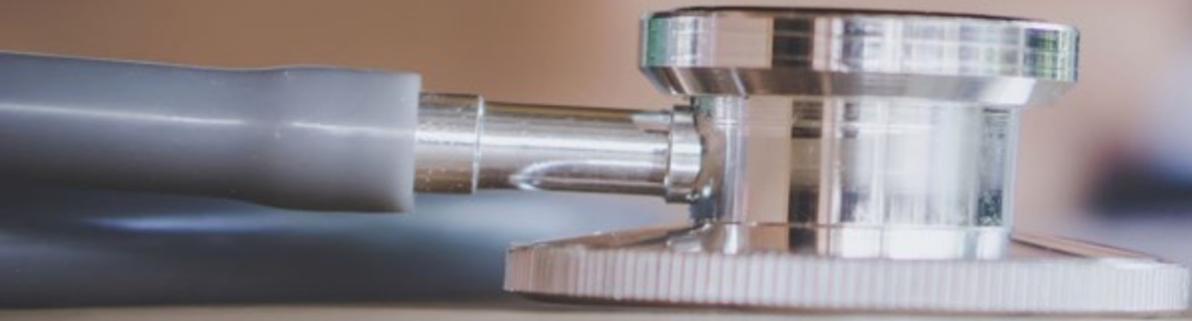
Valeur prédictive des scores diminue avec l'âge...

La plupart des scores ne prennent pas en compte le statut fonctionnel du patient....

La dépendance pour les actes de la vie quotidienne est un facteur prédictif important de mortalité à 30 jours dans une étude sur les pneumonies en long séjour

Signes d'alerte
respiratoire chez la
personne âgée

Examen clinique



ce qu'on peut observer en cas d'infection respiratoire...

- **La peau** : coloration des extrémités, des lèvres, marbrures
- **Essoufflement** à la parole ou en augmentation, respiration anormale,
- **Sifflements**, stridor,
- **Fausses routes, encombrement, toux**
- Muscles accessoires de la respiration utilisés, **tirage**
- **Paramètres** : saturation, fréquence respiratoire rapide, tachypnée >20
- **Position** assise, refus de se coucher, de se lever
- Morphologie du patient (corpulence forte, troubles de la statique)

ce qu'on peut
observer
chez la
personne
âgée...



ETAT MENTAL (ÉTAT DE
CONSCIENCE DIMINUÉ, **ECA**,
AGITATION, ANXIÉTÉ, APATHIE)

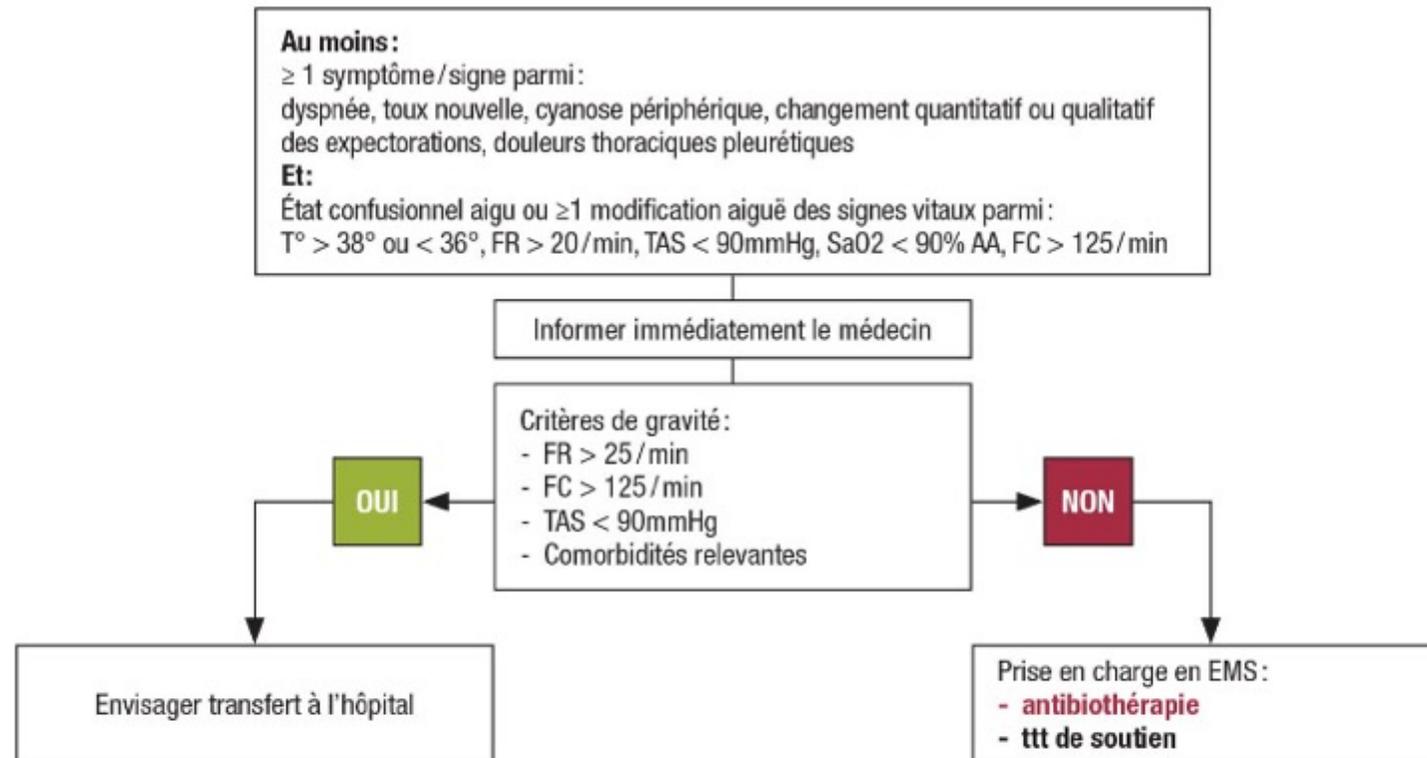


CÉPHALÉES, AGITATION,
TRANSPIRATION



FAIBLESSE NOUVELLE,
MANQUE ÉQUILIBRE, CHUTE,
DÉCLIN FONCTIONNEL

Algorithme complet

ALGORITHME INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS
EN DEHORS DE L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

Traitement antibiotiques proposés en EMS

Traitement



Remarques : adapter au plus vite le traitement en fonction des résultats de la culture. Le fait de mettre un ordre d'arrêt du traitement antibiotique si la culture revient négative permet de diminuer la prescription inappropriée.

	TRAITEMENT EMPIRIQUE RECOMMANDÉ	DURÉE DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ
PNEUMONIE, BRONCHOPNEUMONIE	Cefuroxime 500mg 2x / j po	5-7 jours
	OU Amoxicilline / clavulanate 1g 2x / j po	
PNEUMONIE, BRONCHOPNEUMONIE SÉVÈRE OU ÉVOLUTION DÉFAVORABLE	Ceftriaxone 1g IV ou 1g IM 1x / j	7 jours
	OU Clarithromycine 500mg 2x / j po *	
PNEUMONIE SUR BRONCHOASPIRATION	Amoxicilline / clavulanate 1g 2x / j po	5-7 jours
	OU Clindamycine 600mg 3x / j	7 jours

* Possibilité d'administrer la ceftriaxone en sous cutané : diluer Ceftriaxone® 1gr dans 50ml Glucose 5% et administrer en s / c en 15 minutes ou si douleurs : diluer Ceftriaxone® 1gr avec 3,5ml Rapidocaïne® 1% et injecter en s / c lent direct.NB : adapter des doses en fonction de la clearance à la créatinine (CF tableau pages 90-91).

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	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline 1 g toutes les 8 h (sans comorbidités) • Co-amoxicilline 1 g toutes les 8 h (si BPCO, comorbidités) Alternatives: <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline 100 mg toutes les 12 h • clarithromycine 500 mg toutes les 12 h • Azithromycine 500 mg toutes les 24 h 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 jours généralement suffisants (2–3 jours après la disparition de la fièvre/la stabilisation clinique) • Azithromycine 3 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

Traitement antibiotique

- Le corps médical a tendance à sous-estimer la souffrance infligée sur voie intraveineuse c/o personne âgée fragile (arrachement...)
- Ne pas oublier les administrations des AB sous-cutané.. (peu AB possibles et doses réduites)
- L'usage des quinolones devrait être restreint (augmentation du risque de confusion, QT allongé, tendinites)
- Prescrire si possible des antibiotique par voie orale en première intention

Personnes âgées à risque d'infection respiratoire

- mauvaise hygiène buccale
- troubles de la déglutition (augmentent la tendance à l'aspiration)
- AVC accident cérébrovasculaire, Maladie de Parkinson ou autre maladies neurodégénératives,
- Troubles neuro-cognitifs majeurs
- pneumonies antérieures, l'alitement prolongé,
- asthme, BPCO, troubles ventilatoires
- immunosuppression acquise ou innée,
- la malnutrition, sarcopénie
- Les tumeurs pulmonaire ou ORL
- la surconsommation d'alcool le tabagisme
- âge avancé, inapte à prendre médication per os

Facteurs de risque médicamenteux pour infection respiratoire, polymédication

- Neuroleptiques, BZD
- Antihistaminique sédatif
- IPP (inhibiteur de la pompe à proton)
- Les opiacés
- La prednisone, ttt immunosuppresseurs

Prévention de l'infection respiratoire

- Bonne hygiène bucco-dentaire
- Positionnement de la tête en avant 45° pour éviter inhalation, position assise
- Dépistage actif des fausses routes
- Vaccination antigrippale annuelle,
- Vaccination Covid selon recommandation
- Vaccination antipneumococcique à jour
- Soutien nutritionnel adapté

Pneumonie d'aspiration

- Parmi les mécanismes physiopathologiques entrant en jeu dans la pneumonie, la bronchoaspiration est très fréquente chez la personne âgée
- **Bronchoaspiration:** dysphagie et aspiration de matériel oropharyngé
- La présence d'une dysphagie est un facteur de mauvais pronostic et de réhospitalisation
- Le lien entre les caries et les pneumonies par aspiration est bien documenté
- Les mesures d'hygiène dentaire sont efficaces en termes de prévention
- Les troubles de la déglutition ou dysphagie touchent 30-40 % de la population de plus de 65 ans.

Pneumonie chez le patient âgé en fin de vie



Y a t'il des maladies chroniques avancées?



Qualité de vie restante, autonomie du patient?



Espérance de vie estimée (jours, mois, années?)



Capacité de discernement du patient?



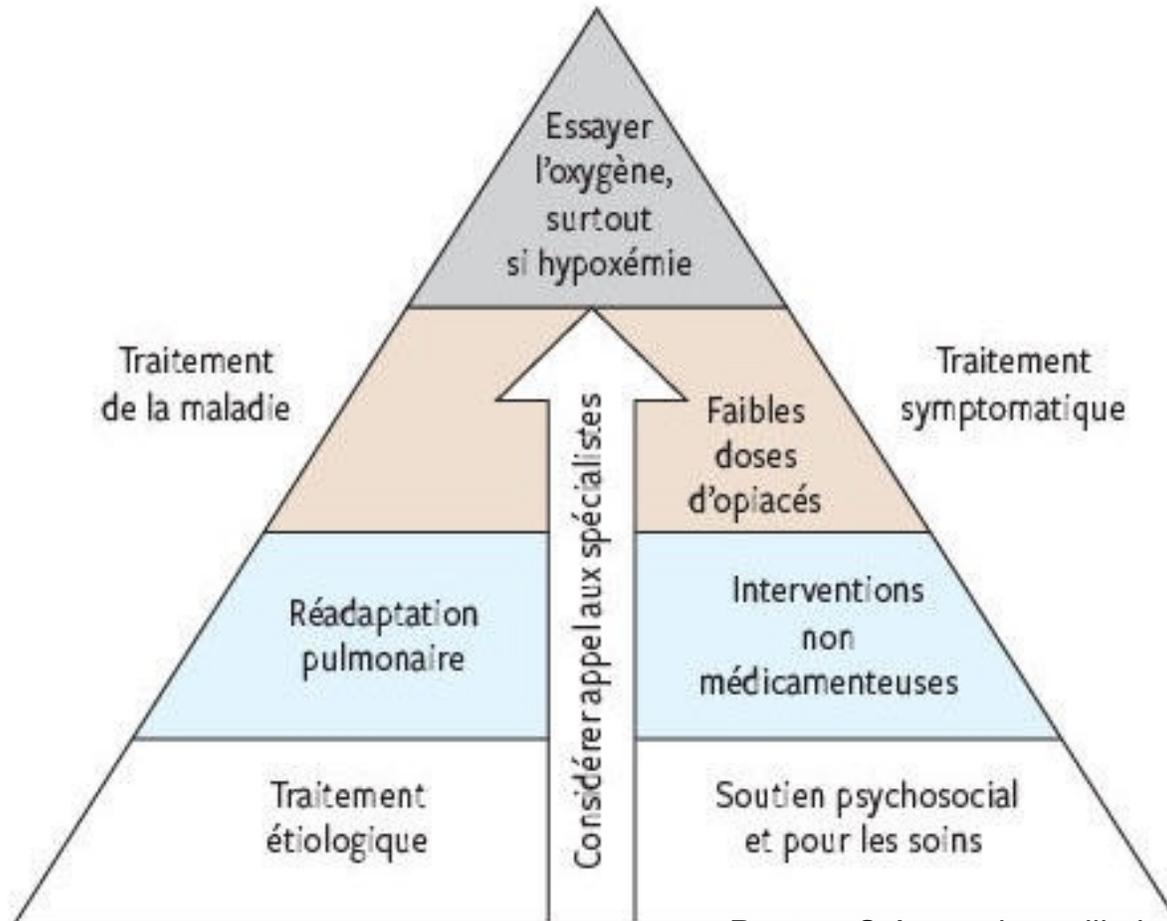
Connait-on ses préférences? (Directives anticipées,
Projet de soins anticipés PROSA)



Les antibiotiques sont-ils encore indiqués?

Dyspnée chez la personne âgée

Dyspnée : sensation subjective désagréable de difficultés respiratoire en regard de l'activité physique en cours



- 1) Positionnement assis, coussin sous les genoux,
- 2) faciliter le travail respiratoire
- 2) Oxygénothérapie si indiquée
- 3) désencombrement, physio, mobilisation assise
- 4) traiter la fièvre, paracétamol,
- 5) antibiotiques /antiviraux pour la grippe selon besoin
- 6) Gestion de la dyspnée (opiacés en réserve)
- 6) Faire appel à équipe mobile soins palliatifs au besoin

• Pautex, S. Approche palliative de la dyspnée. *Rev Med Suisse*. 2018; 14 (591): 196–197.

Conclusions

Infections respiratoires chez la personne âgée

1. Les symptômes et signes d'infections respiratoires peuvent être aspécifiques chez la personne âgée
2. Le statut fonctionnel, la dénutrition, les troubles cognitifs ne sont pas toujours pris en compte dans les recommandations d'usage (peu d'études chez les patients vulnérables et dépendants)
3. **L'immunité diminue avec l'âge naturellement ainsi que la réponse vaccinale**
4. Souvent l'infection s'accompagne d'une décompensation des comorbidités (décompensation cardiaque secondaire à l'infection par exemple)
5. Déclin fonctionnel souvent associé



- Livre : **Gériatrie pour le praticien Joël Belmin (Compilateur) Philippe Chassagne (Compilateur)** 2023
- Hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire entre 2012 et 2022, OFS 2024
- **Revue médicale suisse :**
- Chebib, N., et al. La pneumonie de la personne âgée et son lien avec l'état bucco-dentaire. *Rev Med Suisse*. 2018; 14 (626): 2007–2011.
- Prendki, V., Reny, J., Huttner, B., Perrier, A., Stirnemann, J., Pneumonie chez le sujet âgé : y a-t-il des spécificités ?, *Rev Med Suisse*, 2014/449 (Vol.10), p. 2081–2086.
- Pautex, S. Approche palliative de la dyspnée. *Rev Med Suisse*. 2018; 14 (591): 196–197.
- Olivier Petitata, Matthias Bergerb, Eugénie Colin-Benoitc, Les infections chez les personnes âgées 10.4414/phc-f.2023.10696 | **2023**;23(8):246–249 | Prim Hosp Care
- Yoshimatsu Y, Melgaard D, Westergren A, Skrubbeltrang C, Smithard DG. The diagnosis of aspiration pneumonia in older persons: a systematic review. *Eur Geriatr Med*. 2022 Oct;13(5):1071-1080. doi: 10.1007/s41999-022-00689-3. Epub 2022 Aug 25. PMID: 36008745; PMCID: PMC9409622.
- McGreevy S, McGowan C, Gillenwater K, *et al* Improving population health in resident clinics: increasing pneumonia vaccination rates in adults 65 years and older *BMJ Open Quality* 2020;**9**:e000830. doi: 10.1136/bmjoq-2019-000830
- El-Solh AA, Niederman MS, Drinka P. Nursing home-acquired pneumonia : a review of risk factors and therapeutic approaches. *Curr Med Res Op* 2010 ; 12 : 2707-14.

MERCI pour votre attention

Questions : Mariangela.Gagliano@rhne.ch