

## **Le patient âgé de plus de 75 ans, non infecté par le VIH, ayant contracté la pneumocystose : Caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, microbiologiques et thérapeutiques.**

*A. BARRAUD, P. LOUBET, M. COULONGEAT, E. FORESTIER, C. ROUBAUD, B. de WAZIERES, A. SOTTO, T. FRAISSE.*

*BARRAUD Adrien  
Docteur junior en médecine gériatrique, CHU Nîmes*

## Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

**Intervenant :** BARRAUD Adrien

- |  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
|  Consultant ou membre d'un conseil scientifique  | <input type="checkbox"/> OUI | <input checked="" type="checkbox"/> NON |
|  Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents   | <input type="checkbox"/> OUI | <input checked="" type="checkbox"/> NON |
|  Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations | <input type="checkbox"/> OUI | <input checked="" type="checkbox"/> NON |
|  Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique   | <input type="checkbox"/> OUI | <input checked="" type="checkbox"/> NON |

# Introduction

- Pneumocystose : affection de l'immunodéprimé
- Diminution progressive de la part de PVVIH dans cette affection
- Au profit d'autres pathologies ou traitements immunosuppresseurs, dont la population gériatrique bénéficie de plus en plus.
- Rôle de l'immunosénescence ?

# Matériel et méthodes

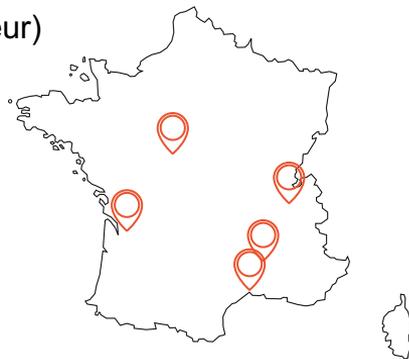
## Design de l'étude

Etude descriptive

Etude rétrospective

Etude multicentrique

- CHU de Nîmes (promoteur)
- CH d'Alès-Cévennes
- CHU de Tours
- CH Métropole Savoie
- CHU de Bordeaux



## Critères d'inclusions

- Âge  $\geq 75$  ans
- Absence d'infection par le VIH
- Diagnostique microbiologique (Examen direct ou PCR  $\leq 35$ )
- Diagnostique clinique (autre diagnostique peu probable)

## Objectifs de l'étude

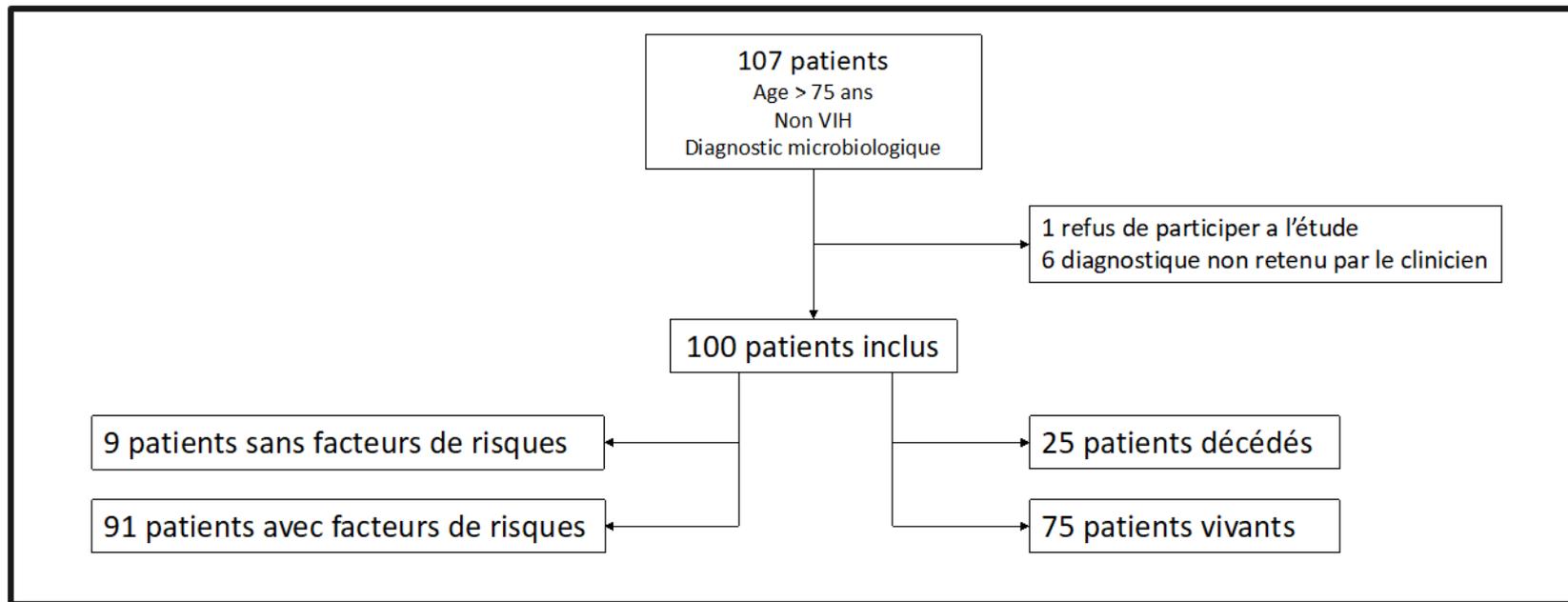
Objectif primaire : Description de la population

*Objectifs secondaires :*

*Description de la mortalité intra-hospitalière*

*Etude d'une population sans FdR d'immunodépression*

# Résultats

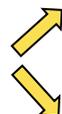


# Résultats

## Description de la population :

- Jeune et peu fragile
- Facteurs de risque d'immunodépression
- Sémiologie incomplète
- Traitement par COTRIMOXAZOLE mal toléré
- Mortalité intra-hospitalière comparable aux adultes

Âge médian 79 ans / ADL médian à 6

 Cancers et maladies auto-immunes  
Transplantation d'organe solide

Hyperthermie (57%) / Toux (69%) / Dyspnée (74%)

Switch pour 38% des patients

25% de décès

# Résultats

## Mortalité intra-hospitalière :

- L'élévation de la CRP et du SOFA étaient significativement associés à un risque d'évoluer vers le décès
- L'utilisation d'Atovaquone semblait être un facteur protecteur d'évolution vers le décès

Variable	Hazard Ratio [IC 95%]	p
CRP (+10)	1,05 [1,01 - 1,09]	< 0,01
CRP > 100 (Oui)	2,75 [1,14 - 6,63]	0,025
SOFA Score (+1)	1,3 [1,03 - 1,63]	0,029
Atovaquone (vs Cotrimoxazole)	0.230 [0.068 - 0.77]	0.018

*Log-Rank Test.*

## Patient sans facteur de risque d'immunosuppression retrouvé :

- Significativement plus âgés Âge médian de 82 ans contre 79 ans (Wilcoxon, p=0,037)

# Conclusion

- Limitation diagnostique des patients plus fragile ?
- Mauvaise tolérance du COTRIMOXAZOLE haute dose / Effet protecteur de l'ATOVAQUONE
- Isolement d'une sous-population, plus âgée, de patients sans facteurs de risque d'immunodépression

# Merci pour votre attention

Un grand merci au Dr Thibaut FRAISSE

Et à l'ensemble du GInGer



Je reste disponible pour discuter de l'étude :

