

Etude rétrospective de la mortalité à long terme après bactériémie chez 166 patients : comparaison sujets jeunes versus sujets âgés

Joris Galland, Ludovic Karkowski, Mathieu Cabon, Fabien Dutasta, Gael Cinquetti, Pascale Perez, Redouan Saidi, Serge Vedy, P. Carassou

Service de médecine interne et de maladies infectieuses et tropicales
HIA Legouest - Metz

INTRODUCTION

Beaucoup d'études retrouvent une surmortalité à court et moyen terme (jusqu'à 3 mois) après la survenue d'une bactériémie chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune. Mais aucune étude n'a évalué la mortalité à 1 an.



CONCLUSION

Alors que la mortalité après bactériémie se stabilise à 1 mois pour les sujets jeunes, elle continue de croître progressivement dans la population âgée.

La survenue d'une bactériémie représenterait un facteur de fragilité supplémentaire chez la personne âgée.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective chez les patients adultes de plus de 18 ans, ayant présenté une bactériémie (hémoculture positive, contamination bactérienne exclue) au cours de l'année 2011 et 2012 dans un centre hospitalier général.

L'objectif principal de l'étude était d'étudier la mortalité à 1 an.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser la mortalité à J7, M1, M3, M6 et de réaliser une étude descriptive clinique et paraclinique des 2 groupes.

Les patients étaient répartis en 2 groupes : sujet âgé ≥ 65 ans (divisée en jeune-vieux de 65 à 74 ans, vieux de 75 à 84 ans, très vieux ≥ 85 ans) et sujet jeune < 65 ans.

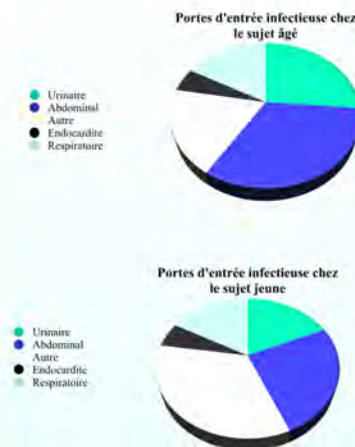


Figure 1 – Portes d'entrées infectieuses chez les sujets âgés et jeunes



Figure 2 – Evolution du taux de mortalité (%) des 2 groupes

RESULTATS

Sur la période 2011-2012 nous avons recensé 166 bactériémies vraies : 95 sujets âgés et 71 sujets jeunes. Il y avait une prédominance d'hommes dans le groupe « sujet âgé » (58H/37F, R=1.6) par rapport au groupe « sujet jeune » (30H/41F). Les sujets âgés avaient plus de comorbidités, de cancer (40% vs 13%), et d'incontinence urinaire (15% vs 0%). On notait une hospitalisation dans l'année précédente chez 49% des sujets âgés vs 34% pour les sujets jeunes. Les sujets âgés avaient reçu une antibiothérapie dans l'année précédente pour 37% d'entre eux, contre 21% pour les sujets jeunes.

Trois sujets âgés sur dix ont présenté un choc septique (28%) versus 14% pour les sujets jeunes. Les sujets âgés étaient majoritairement apyrétiques (51% vs 12%, $p < 0,001$). Le groupe « sujet âgé » présentait plus de syndrome confusionnel que le groupe sujet jeune (56% vs 14%, $p < 0,001$).

La porte d'entrée principale chez les sujets âgés était abdominale dans 32% des cas, suivie des infections urinaires (25%), des infections respiratoires basses (16%) et des endocardites (5%). Dans le groupe « sujet jeune » la porte d'entrée était essentiellement intra-abdominale (25%), suivie des infections urinaires (18%), des infections respiratoires basses (17%), et des endocardites (6%) (cf figure 1). Les germes prédominants étaient des Bacilles Gram Négatif (65% groupe « sujet âgé » vs 57% groupe « sujet jeune »), les Cocci Gram Positif étaient en cause dans 34% des 2 groupes. Les patients âgés faisaient plus d'infections à BMR de manière significative : 44% chez les sujets âgés vs 24% ($p = 0,002$). Les sujets âgés présentaient plus d'infections associées aux soins mais de manière non significative (32% vs 24%, $p = 0,28$). L'antibiothérapie était inappropriée (inadaptée et/ou retardée) de manière significative dans 19% des cas chez les sujets âgés, versus 7% chez les jeunes ($p = 0,02$).

A 1 an on notait une surmortalité significative chez les sujets âgés (41% vs 14%, $p < 0,001$). La mortalité des sujets âgés augmentait progressivement au fil des mois : 15% à J7, 22% à M1, 34% à M3, 38% à M6. Pour les jeunes elle n'évolue plus après 1 mois : 6% à J7, 14% à M1, M3 et M6 (cf figure 2).

DISCUSSION

Plusieurs études ont comparé la mortalité des sujets âgés par rapport aux jeunes au décours des bactériémies, mais jamais jusqu'à 1 an comme dans notre étude. Globalement notre population de patients est comparable à celle des autres études de la littérature.

La mortalité se stabilise à 1 mois chez les patients jeunes, alors qu'elle continue de croître progressivement chez les personnes âgées de manière significative dès 3 mois. Cette augmentation de la mortalité est certainement liée à l'âge mais aussi à un plus grand nombre de comorbidités, à une antibiothérapie initiale souvent inappropriée. L'antibiothérapie est souvent retardée en raison de l'apyrexie prédominante des sujets âgés lors des infections. La réalisation d'hémocultures à partir de températures moins élevées que la normale (37°5 C) permettrait peut-être de diagnostiquer les septicémies plus précocement chez le sujet âgé.

Notre étude comporte plusieurs biais dont les principaux sont le caractère rétrospectif, et le manque de puissance.

BIBLIOGRAPHIE

- Sogaard M, Schnheyder HC, Riis A and al. Short-term mortality in relation to age and comorbidity in older adults with community-acquired bacteriemia : a population-based cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2008 ; 56 : 1593-600.
- Gavazzi G, Mallaret MR, Couturier P and al. Bloodstream infection : differences between young-old, old and old-old patients. *J Am Geriatr Soc* 2002 ; 50 : 1667-73.
- Martin GS, Mannino DM, Moss M. The effect of age on the development and outcome of adult sepsis. *Crit Care Med* 2006 ; 34 : 15-21.
- Xie C, Taylor D and al. Comparison of the bacterial isolates and antibiotic resistance patterns of elderly nursing home and general community patients. *Int Med Journal* 2010 ; 157-163
- Hujer AM, Bethel CR, Hujer KM, Bonomo RA. Antibiotic resistance in the institutionalized elderly. *Clinics in Laboratory Medicine* 2004 ; 24(2) : 343-61.