



**ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI**

Sciences de la santé

VOL. 18 – N° 1 – ANNEE 2018

ISSN: 1815 – 4433

www.annalesumng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 18, NUMERO 1, ANNEE 2018

www.annalesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de la publication :

J. R. IBARA

Rédacteur en chef :

J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint :

G. MONABEKA

Comité de Lecture :

B.I. ATIPO-IBARA (Brazzaville)
A. ATTIA KOFFI (Abidjan)
C. BOURAMOUE (Brazzaville)
C. GOMBE-MBALAWA (Brazzaville)
L. H. ILOKI (Brazzaville)
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)
G. S. KIMBALY-KAKY (Brazzaville)
D. MOUKASSA (Brazzaville)
G. MOYEN (Brazzaville)
A. MOYIKOUA (Brazzaville)
H. TSIBA (Brazzaville)
G.A. OKIEMY (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
A. POUYE (Dakar)
J. ZE MIKANDE (Kinshasa)

Comité de Rédaction :

A. ELIRA-DOCKEKIA (Brazzaville)
A. MBIKA CARDORELLE
(Brazzaville)
J. F. PEKO (Brazzaville)

Webmaster :

R. D. ANKY

Administration – Rédaction :

Université Marien N'GOUABI
Direction de la Recherche
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-mail : annales@umng.cg

ISSN: 1815 - 4433

- 1 URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES
DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE
PEDIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER ET
UNIVERSITAIRE DE YOPOUGON**
*JEAN CLAUDE MIERET, GUY SERGE KOUAME YAPO,
JEAN BAPTISTE YAOKREH, ATAFI GAUDENS DIETH*
- 6 MENSURATIONS DU CANAL LOMBAL DES
CONGOLAIS : ETUDE
RADIOMORPHOLOGIQUE DE 109 CAS**
*BOUKASSA L, MAVOUNGOU BIATI K, MASSAMBA
MIABAOU D, MAKOSSO E, EKOUELE MBAKI HB, KINATA
BAMBINO S, NGACKOSSO O.B, BILECKOT R.*
- 13 LES TRAUMATISMES MAJEURS DU REIN :
ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CHU-GABRIEL TOURE
DE BAMAKO AU MALI**
*BERTHE HONORE J-G, KAMBOU DIEUDONNE, DIAKITE
MAMADOU LAMINE, ODZEBE ANANI S-W, SANGARE
DAOUDA, DIARRA ALKADRI, DIAKITE ADAMASALIFOU,
TEMBELY ALY, OUATTARA ZANAFON*
- 19 PROFIL DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES DU
SUJET AGÉ AU SERVICE DE PNEUMOLOGIE
DU CHU DE BRAZZAVILLE**
*BEMBA. E.L.P, OKEMBA-OKOMBI. F.H,
OSSIBI IBARA. B.R, BOPAKA. R. G, OSSALE ABACKA.K. B
ILLOYE-AYET.M, BINIAKOUNOU. J.B, ADJOH K S*
- 28 LES AFFECTIONS RHUMATOLOGIQUES DE
L'ENFANT**
*N.E. LAMINI N'SOUNDHAT, D.C. NKOUALA-KIDEDE,
O.L.A. MOHONDIABEKA, O. AKOLI EKOYA, F.E.
OMBOUMAHOU BAKALE, A.P. SALEMO, H. NTSIBA*

**34 SPECIFICITES DE LA TUBERCULOSE DU SUJET
AGE AU CENTRE ANTITUBERCULEUX DE
BRAZZAVILLE**

*OKEMBA-OKOMBI. F.H, OSSIBI IBARA. B.R,
BEMBA. E.L.P, BOPAKA. R, OSSALE ABACKA.K. B,
ILLOYE-AYET.M, BINIAKOUNOU .J.B, ADJOH K S*



PROFIL DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES DU SUJET AGÉ AU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE BRAZZAVILLE

Esthel Lee Presley BEMBA^{1,2,*}, OSSALE ABACKA Kevin Boris¹, Paulvon Phérol KOUMEKA¹, Franck Hardain OKEMBA OKOMBI^{1,2}, Régis Gothard BOPAKA¹, , Joseph MBOUSSA^{1,2}

¹ Service de pneumo-phtisiologie, CHU de Brazzaville, Congo, B.P.:32 Brazzaville, Congo

² Faculté des sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI, Brazzaville, Congo

E-mail : bembal@gmx.fr

RESUME

Introduction

Les défaillances du système immunitaire induites par l'âge avancé favorisent le développement d'affections diverses en association avec les comorbidités et les mauvaises conditions socioéconomiques.

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques et évolutifs du sujet âgé hospitalisé en milieu pneumologique Congolais.

Matériels et Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective, comparative entre groupes de patients : 4008 patients âgés de moins de 65ans et 570 hospitalisés pour une pathologie respiratoire du service de pneumologie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Brazzaville.

Résultats

Sur les 4578 dossiers enregistrés, la proportion de patients âgés de plus 64ans a été 12,45% (570 cas/4578). L'analyse multi variée a permis de retenir les résultats suivants : les sujets âgés étaient plus de sexe masculin (OR=1,22[1,01-1,48], p=0,03), avec comme co morbité une HTA (OR=1,95[1,37-2,79], p<0,001). Le statut VIH de ces patients était inconnu (OR=0,16[0,11-0,25], p<0,001). La tuberculose était moins retrouvée avec OR=0,50[0,38-0,66], p<0,001 par contre La BPCO, Le Cancer broncho-pulmonaire et pleural étaient prépondérant respectivement avec des OR=5,95[3,49-10,14], p<0,001 ; OR=3,42[2,08-5,66] et OR=4,15[2,20-7,81]. Le taux de mortalité était de 23,68% chez les sujets âgés versus 19,14% chez les jeunes (p<0,001).

Conclusion

Le sujet âgé hospitalisé au service de pneumologie présentait des pathologies liées au tabac, et des pathologies tumorales. L'infection tuberculeuse était moins retrouvée

Mots-clés : Profil ; sujet âgé ; Pneumologie ; Congo.

ABSTRACT

Enterobacter are facultative anaerobic Gram-negative bacilli. They have been rarely reported to cause community meningitis. Infant L.R, male, 6 years of age, admitted in the pediatric ICU for convulsion. He presented with a 6 days history of permanent fever (up to 40°C) with headache and spontaneous vomiting. He was known to have homozygous sickle cell anemia diagnosed at the age of 11 months, after a severe anemia, he was not followed-up, and had had two episodes of severe anemia requiring blood transfusion (in 2014 and 2015).

Clinical examination on admission: the child presented in comatose state (Glasgow coma scale score of 10/15); signs of meningeal irritation (neck invincible stiffness, positive Kernig's and Brudzinski's signs), he was pale with moderate jaundice; while hemodynamically stable (Blood pressure 90 / 60 mmHg, cutaneous recoloration

time < 3 seconds). Cerebro-spinal fluid (CSF) Deficiencies in the immune system induced by advanced age favor the development of various conditions in association with comorbidities and poor socio-economic conditions. The objective of this study was to describe the clinical and evolutionary characteristics of the elderly patient hospitalized in Congolese pneumology.

Materials and methods

We performed a retrospective, comparative study between groups of patients : 4008 patients under 65 years of age and 570 hospitalized for respiratory pathology of the pulmonary department of the University Hospital Center (CHU) in Brazzaville.

Results

Of the 4578 records recorded, the proportion of patients older than 64 years was 12.45% (570 cases / 4578). The multivariate analysis allowed us to retain the following results: elderly subjects were more male (OR = 1.22 [1.01-1.48], $p = 0.03$), with a high HTA (OR = 1.95 [1.37-2.79], $p < 0.001$). The HIV status of these patients was unknown (OR = 0.16 [0.11-0.25], $p < 0.001$). Tuberculosis was less common with OR = 0.50 [0.38-0.66], $p < 0.001$ COPD, Bronchopulmonary and pleural cancer predominated respectively with OR = 5.95 [3.49 -10.14], $p < 0.001$; OR = 3.42 [2.08-5.66] and OR = 4.15 [2.20-7.81]. The mortality rate was 23.68% in the elderly versus 19.14% in the young ($p < 0.001$).

Conclusion

The elderly patient hospitalized in the pneumology department presented tobacco-related pathologies and tumor pathologies. Tuberculosis infection was less common .

Key words: Profile; Elderly; pulmonology; Congo

INTRODUCTION

Les progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité de vie impliquent un allongement de l'espérance de vie, donc l'augmentation de la population vieillissante. Cette évolution concerne aussi bien les pays développés que les pays en voie de développement [1]. Le vieillissement est un processus évolutif inéluctable qui peut avoir des répercussions sur tous les aspects de la vie individuelle, sociale et sanitaire. Les modifications physiologiques induites par le vieillissement sont responsables de la vulnérabilité du sujet âgé. Ainsi les défaillances du système immunitaire induites par l'âge avancé favorisent le développement d'affections diverses en association avec les comorbidités et les mauvaises conditions socioéconomiques [2]. En Afrique subsaharienne, les travaux réservés à cette tranche d'âge sont rares et le manque de structures médicales de type gériatrique rendent difficile la prise en charge globale. Au Congo, aucune étude n'a été menée sur la pathologie respiratoire du sujet âgé. Il nous a paru opportun de mener cette étude qui avait pour objectif principal de décrire les différentes affections respiratoires du sujet âgé hospitalisé dans le service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville qui est l'unique service public de pneumologie à Brazzaville.

PATIENTS ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective, analytique portant sur la période d'activité du 01 janvier 2006 au 31 décembre 2013 du service de Pneumologie du CHU de Brazzaville.

Nous avons inclus les dossiers des patients âgés d'au moins 18 ans hospitalisés sans distinction de sexe. Puis notre échantillon a été scindé en deux groupes (*Figure 1*) selon la définition du terme « Sujet âgé » par L'Organisation Mondiale de la Santé [1].

- Sujet âgé de moins de 65 ans
- Sujet âgé de 65 ans et plus.

Les variables étudiées étaient : sociodémographiques (sexe, zone de provenance), les comorbidités (Tabagisme,

HTA, Diabète sucré, infection à VIH), cliniques et évolutives.

La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête à partir des dossiers médicaux et du registre de fichage. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 20.0. Nous avons calculé les moyennes pour les variables quantitatives à distribution normale et les proportions pour les variables qualitatives. Le test de Fisher exact a été utilisé pour la comparaison des proportions. Le seuil $p < 0,05$ a été considéré significatif.

RESULTATS

Données sociodémographiques et comorbidités :

La population étudiée était composée de 4578 patients dont 12,45% des personnes âgées (n=570) et de 87,55% de jeunes (n=4008). On a noté une prédominance globale du sexe masculin avec un sex-ratio global à 1,13. Cette prédominance était retrouvée dans les deux groupes avec des sex-ratio à 1,48 chez les sujets âgés et 1,09 chez les jeunes. L'âge moyen était de $72,6 \pm 8,4$ ans (extrêmes 60-94ans) chez les sujets âgés et de $38,18 \pm 12,02$ (extrêmes 18-63ans) chez les sujets jeunes. Tous nos patients provenaient en majorité des zones urbaines (Tableau 1). Le tabagisme était retrouvé dans les deux groupes et cela de façon plus importante chez les sujets âgés avec 46,14% versus 30,68% ($p=0,002$) (Tableau 1).

Seul, l'hypertension a été retrouvée comme pathologie associée.

Le statut VIH était connu chez 7,5%(43cas/570) des sujets âgés *versus* 26,95% chez les jeunes ($p<0,001$). Parmi ces 43 (7,5%) sujets âgés, 23 soit 53,49% avait un test de dépistage VIH positif (Tableau 1).

Données cliniques et devenir des sujets âgés :

Sur le plan clinique, chez les sujets âgés les pathologies infectieuses représentaient 424cas/570 soit 74,39% et les non infectieuses 146cas/570 soit 25,61%. La pneumopathie aigue communautaire bactérienne (PACB) était la pathologie infectieuse prédominante chez les

sujets âgés avec 41,75% de cas (238cas/570) (Tableau 2). Contrairement aux sujets âgés, chez les jeunes la tuberculose était la pathologie prédominante avec 1998cas/4008 soit 49,85%(Tableau 2). L'asthme était peu retrouvé chez les sujets âgés contrairement à la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructif (BPCO) (Tableau 2).

La durée d'hospitalisation moyenne était de 8,04 jours (1-73 jours) chez les sujets âgés ($p=0,16$) et de 8,47 jours avec des extrêmes de 1 à 62 jours chez les sujets jeunes.

Le taux de mortalité était de 23,68% chez les sujets âgés *versus* 19,14% chez les jeunes ($p<0,001$).

DISCUSSION

Le caractère rétrospectif de notre étude explique les données manquantes. En absence de confirmation microbiologique, anatomopathologique ou fonctionnelle en rapport avec les limites du plateau technique, la proportion des diagnostics présomptifs est très importante dans notre étude. Cette situation a pu biaiser l'identification des critères de diagnostic de certaines pathologies.

L'Organisation mondiale de la santé a défini l'âge de 65 ans comme celui de la transition, les sujets dépassant cet âge faisant désormais partie de la catégorie dite âgée de la population [2]. Si l'évolution démographique impose en théorie l'amélioration des soins de santé, force est de constater que les services de médecine à l'instar du service de pneumologie sont de plus en plus souvent confrontés à la prise en charge des personnes âgées. La prévalence de 12,45% des sujets âgés retrouvée dans notre étude proche de celle retrouvée en Afrique subsaharienne [3] et largement inférieure celle retrouvée en Europe [4]. Cela s'expliquerait par deux (02) faits : d'une part par le faible taux de sujets âgés en Afrique subsaharienne, et d'autre part la non compréhension de la notion de fragilité du sujet âgé en Afrique Subsaharienne [5]. En effet le recours aux centres de santé survient que devant l'aggravation des symptômes ou l'inefficacité de la médecine traditionnelle et de l'automédication. A cela s'ajoute l'absence de couverture sociale pour les soins médicaux qui

seraient aussi un frein pour la prise en charge des sujets âgés sans revenus ou à la retraite dans notre contexte.

Autrefois, les personnes âgées africaines vivaient en communauté rurale, elles étaient les gardiennes de la mémoire collective et des valeurs ancestrales. De nos jours, de plus en plus victimes des bouleversements socioprofessionnels (urbanisation, retraite), elles vivent en zone urbaine. Cela pourrait expliquer le taux élevé (87,54%) des sujets âgés provenant des zones urbaines dans notre étude. Par ailleurs la prédominance du genre masculin chez ces sujets âgés serait probablement le reflet de la population congolaise qui est à majorité constitué d'hommes [6].

Les sujets âgés avaient un taux de dépistage de l'infection à VIH très faible comparé au sujet jeune. Au plan mondial, la tranche de sujets d'âge de 15 à 45 ans est la cible de l'infection à VIH dans les pays en voie de développement [7]. D'où la moindre attention accordée aux dépistages des sujets âgés. Le non-dépistage de l'infection à VIH prive ces patients dont le test serait positif, à la prophylaxie des maladies opportunistes. Par ailleurs, le pronostic de cette affection est sévère chez les sujets âgés. Ce pronostic pourrait être amélioré par un diagnostic plus précoce et une prise en charge thérapeutique spécifique à la personne âgée.

L'hypertension artérielle est la comorbidité la plus retrouvée avec un Odds Ratio (OR) à 1,95. Nos résultats sont en accord avec les données de l'étude de Diallo au Mali [8].

Sur le plan clinique, on note une nette prédominance de la pathologie infectieuse, parmi laquelle la PACB représente la première pathologie infectieuse chez le sujet âgé hospitalisé. Notre étude a retrouvé un risque de développement de la pneumonie bactérienne majorée par un facteur 4,15 chez les sujets âgés. Plusieurs études ont permis d'apprécier le rôle de l'âge parmi les malades hospitalisés pour pneumonie [9]. En effet selon ces études, les infections respiratoires sont responsables d'environ 50% des hospitalisations pour maladies infectieuses et d'environ 50% des décès parmi les sujets âgés hospitalisés. De multiples facteurs généraux et

spécifiques concourent à expliquer la fréquence élevée des infections respiratoires de la personne âgée : de nombreuses maladies chroniques ou dégénératives altèrent les défenses naturelles ; certains traitements sont susceptibles d'accentuer cette altération des défenses (les corticoïdes et les immunosuppresseurs, mais également les sédatifs, les morphiniques ou les neuroleptiques) ; il en est de même de divers facteurs locaux : inefficacité de la toux, perte d'élasticité pulmonaire, diminution de l'efficacité du système mucociliaire, modification de la flore oropharyngée, hypochlorhydrie gastrique, fréquence des reflux et des fausses routes [10-12].

Malgré, ces facteurs suscités, les personnes âgées ne constituent pas la population à risque de la tuberculose dans notre étude, ce qui est contraire aux résultats des études menées dans les pays développés [13]. Dans les pays industrialisés, la tuberculose survient chez le sujet âgé autochtone. Dans ces pays, les sujets immigrés provenant des pays à forte endémicité tuberculeuse et présentant une tuberculose sont jeunes [13-15]. La baisse de l'immunité chez le sujet âgé explique en partie la tuberculose. L'âge avancé est connu comme un facteur de risque de la tuberculose [16].

Malgré le faible taux du cancer broncho-pulmonaire, notre étude a retrouvé un risque élevé du cancer broncho-pulmonaire chez le sujet âgé. Le cancer bronchique est surtout une maladie du sujet âgé. Son incidence augmente de façon exponentielle avec l'âge pour atteindre un pic entre 70 et 74 ans [17]. Ce phénomène est lié au fait que la cancérisation est un processus qui demande du temps. La cancérisation étant le « prix à payer » pour vivre longtemps. De plus, le vieillissement rend les cellules des personnes âgées plus sensibles aux carcinogènes. Au moment du diagnostic de cancer du poumon, 25 à 30 % des patients ont plus de 70 ans [18]. Enfin, chez les sujets âgés, le cancer est souvent diagnostiqué à un stade moins avancé que chez les sujets plus jeunes. Ces éléments justifient le diagnostic et la prise en charge de cette maladie chez les sujets de plus de 70 ans de façon active et adaptée [18].

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) dans notre échantillon

représentait 1,90 % avec une nette prédominance chez les sujets âgés avec un OR de 5,95.

Ces pathologies fréquentes en hospitalisation pneumologique des pays occidentaux sont rares en hospitalisation pneumologique en Afrique subsaharienne [19]. Il faut mettre ce constat à l'actif de trois faits : le premier est la faible proportion des sujets âgés dans la population générale. Le deuxième fait est l'insuffisance de diagnostic et le troisième est la relative faible proportion de tabagisme. Mais l'augmentation du tabagisme ces dernières années au près des populations jeunes africains [20] laisse prévoir une augmentation des pathologies respiratoires liées au tabagisme les prochaines décennies.

Sur le plan évolutif, on a noté une superposition de la durée moyenne d'hospitalisation dans les deux groupes avec une mortalité élevée chez les sujets âgés. Ce pronostic péjoratif des pathologies respiratoires du sujet âgé rapporté par plusieurs auteurs [21,22] serait dû à plusieurs facteurs. En effet la polyopathie et la sémiologie atypique de toutes ces affections pourraient être à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique [23]. De plus, le manque d'équipements médicaux adéquats et le retard de prise en charge dans nos structures hospitalières alourdiraient le pronostic des patients âgés. Cependant, un fait apparaît constant : qu'il vive dans un pays développé ou en voie de développement, le sujet âgé paie un lourd tribut aux maladies aiguës et chroniques.

CONCLUSION

Au regard de nos résultats, il sied de noter que la pathologie respiratoire du sujet âgé est dans notre contexte dominée par la PACB, la BPCO et le cancer BP avec une mortalité importante par contre la tuberculose est moins retrouvée dans ce groupe.

Ainsi, l'amélioration de la prise en charge du sujet âgé africain doit être basée sur la mise en place des services de gériatrie, la création de postes de médecine de proximité pour les soins à domicile et la formation spécialisée de personnels médicaux et paramédicaux. À cette initiative pourrait s'ajouter la création des maisons de retraite et d'un système de

couverture sociale des soins médicaux.

CONFLIT D'INTERET

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

- 1- OMS. Nouvelle initiative de l'OMS pour répondre aux besoins de santé d'une population vieillissante. Communiqué de presse, Genève 6 septembre 2004.
- 2- OMS. La santé des personnes âgées. Rapport d'un comité d'experts. Genève 1989 (document non publié A/35/130).
- 3- Tetchi Y, Abhé CM, Ouattara A, Coulibaly KT, Pete Y et al. Profil des affections du sujet âgé africain aux urgences médicales du CHU de Cocody-Abidjan- (Côte d'Ivoire). *J Eur Ur Réa* 2013 ; 25 ; 147-51
- 4- Girmadot F, Grosshaus C, Peter B, Bourderont D. L'admission des personnes âgées aux urgences d'un hôpital général. *Rev Geriatr* 1996 ;21 :97—106
- 5- Arveux I, Faivre G, Lenfant L, et al. Le sujet âgé fragile. *Rev Geriatr* 2002 ; 27 :569-81.
- 6- Ministère de la santé et de la population. Situation géographique, démographique et organisation administrative. Programme Biennal de Développement Sanitaire 2015-2016. Brazzaville ; 2014.p.3.
- 7- ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale du sida. ONUSIDA/08.27F/JC1511F.
- 8- Diallo BA. Pathologie cardiovasculaire du sujet âgé : morbidité et mortalité en milieu hospitalier cardiologique à Bamako (Mali). *Med Afr Noire* 1995 ; 42 :174-7
- 9- Curns AT, Holman RC, Sejvar JJ, Owings MF, Schonberger LB : Infectious disease hospitalizations among older adults in the United States from 1990 through 2002. *Arch Intern Med* 2005 ; 165 : 2514-20
- 10- LeJeune B, Rothan-Tondeur M, Lepoutre A : Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, résultat sur la population des sujets âgés de 65 ans et plus, en France en 2001. *BEH* 2005 ; 35 :89-97.
- 11- De Wazières. Le vieillissement du système immunitaire. *Ann Biol Clin* 2001 ; 59 : 461-4.
- 12- Palmer LB, Albulak K, Fields S, Filkin AM, Simon S, Smaldone GC : Oral clearance and pathogenic oropharyngeal colonization in the elderly. *Am J Respir Crit Care Med* 2001 ; 164 : 464-8.
- 13- Che D, Campese C, Decludt B. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2002. *BEH* 2004 ;4:13–6.
- 14- Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose en France en 2005. *BEH* 2007 ;11 :85–91.
- 15- Aït-Belghiti F, Falzon D. La tuberculose dans la région OMS-Europe : situation et tendances en 2004. *BEH* 2007 ;11 :91–2.
- 16- Horo K, Touré K, Brou-Gode VC, Ahui B JM, Kouassi BA, Gnazé AZ, Konaté-Koné F et al. La tuberculose du sujet âgé : épidémiologie et devenir des patients suivis en ambulatoire à Abidjan. *Rev. épidémiol. Santé publique* 2012 ; 60 : 484–8.
- 17- Schottenfeld D. Epidemiology of lung cancer. In : Pass HI, Mitchell JB, Johnson DH, Turrisi AT, eds. *Lung cancer : principles and practice*. Philadelphia : Lippincott-Raven, 1996. 305–21.
- 18- Thomas P, Piraux M, Jacques LF et al. Clinical patterns and trends of outcome of elderly patients with bronchogenic carcinoma. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998 ;13 :266-74.
- 19- Olubuyide IO, Solanke TF. The causes of death in an elderly African population. *J Trop Med Hyg* 1990 ;93 :270-4.
- 20- OMS. Annuaire de statistiques sanitaires mondiales. Genève : OMS ; 1990.326-39.
- 21- Rello J, Gallego M. Pneumonia in the Elderly. In *Respiratory Infections*. Second Editions. Edited by M.S. Niederman, G.A. Sarosi and J. Glassroth. Lippincott Williams &

Wilkins, Philadelphia, 2001 :271-82 ;
23
22-22- El-Solh AA, Sikka P, Ramadan F,
Davies J. Etiology of severe
pneumonia in the very Elderly. Am J
Respir Crit Care Med 2001 ;
163:645-51.

23- Sinoff G, Clarfield AM, Bergman H,
Beaudet M. A two-year follow-up of
geriatric consults in the emergency
department. J Am Geriatr Soc 1998 ;
46:716-20

Tableau 1 : Aspect sociodémographique et comorbidité

Paramètres	Age : [18-65ans] n=4008	Age > 65 ans n=570	OR[IC-95%]	P
Sexe				
H	51,5%(2091/4008)	59,65%(340/570)	1	
F	47,40%(1917/4008)	40,35%(230/570)	1,36[1,14-1,63]	<0,001
Provenance				
Zone urbaine	87,62%(3512/4008)	87,54%(499/570)	1	
Zone rurale	12,38%(496/4008)	12,45%(71/570)	1,02[0,78-1,33]	0,89
Tabac				
Oui	30,86%(1237/4008)	46,14%(263/570)	1	
Non	69,14%(2771/4008)	53,86%(307/570)	1,92[1,62-2,29]	0,002
Statut VIH connu				
Oui	26,95%(1080/4008)	7,54%(43/570)	1	
Non	73,05%(2928/4008)	92,46%(527/570)	0,22[0,16-0,31]	<0,001
VIH				
Positif	90,28% (975/1080)	53,49%(23/43)	1	
Négatif	9,72% (105/1080)	46,51%(20/43)	0,12[0,06-0,23]	<0,001
HTA				
Oui	4,62%(185/4008)	8,60%(49/570)	1	
Non	95,38%(3823/4008)	91,40%(521/570)	1,92[1,38-2,67]	0,001
Diabète sucré				
Oui	4,29%(172/4008)	4,74%(27/570)	1	
Non	95,71%(3836/4008)	95,26%(543/570)	1,09[0,72-1,66]	0,37

Tableau 2 : Aspects cliniques et évolutifs

Paramètres	Age : [18-65ans] n=4008	Age ≥ 65 ans n=570	OR[IC-95%]	P
PACB				
Oui	34,91%(1399/4008)	41,75%(238/570)	1	
Non	65,09%(2609/4008)	58,25%(332/570)	0,75[0,62-0,90]	0,002
TB				
Oui	49,85%(1998/4008)	23,86%(136/570)	1	
Non	50,15%(2010/4008)	76,14%(434/570)	3,17[2,58-3,91]	<0,001
Localisation TB				
Pulmonaire	23,37%(436/1866)	25,56%(34/133)	1	
Extra-pulmonaire	76,63%(1430/1866)	74,44%(99/133)	0,89[0,60-1,33]	0,323
Pleurésie purulente				
Oui	2,77%(111/4008)	4,39%(25/570)	1	
Non	97,23%(3897/4008)	95,61%(545/570)	0,62[0,39-1,01]	0,05
Asthme				
Oui	5,11%(205/4008)	2,80%(16/570)	1	
Non	94,88%(3803/4008)	97,19%(554/570)	0,60[0,41-0,90]	0,01
BPCO				
Oui	1,12%(45/4008)	7,37% (42/570)	1	
Non	98,88%(3963/4008)	92,63%(528/570)	0,14[0,09-0,22]	<0,001
Cancer Bronchopulmonaire				
Oui	1,62%(65/4008)	5,26%(30/570)	1	
Non	98,38%(3943/4008)	94,74%(540/570)	0,30[0,19-0,48]	<0,001
Cancer de la plèvre (Secondaire)				
Oui	0,77%(31/4008)	6,67%(38/570)	1	
Non	99,23%(3977/4008)	93,33%(532/570)	0,11[0,06-0,18]	<0,001
Abcès du Poumon				
Oui	0,76%(30/4008)	1,05%(6/570)	1	
Non	99,24%(3978/4008)	98,95%(564/570)	0,71[0,29-2,09]	0,443
Surinfection des Séquelles de Tuberculose				
Oui	4,32%(173/4008)	3,33%(19/570)	1	
Non	95,68%(3835/4008)	96,67%(551/570)	1,31[0,80-2,24]	0,315
Décès				
Oui	19,14%(767/4008)	23,68%(135/570)	1	
Non	80,86%(3241/4008)	76,32%(435/570)	0,76[0,62-0,94]	0,007

PACB : Pneumopathie aigue communautaire bactérienne, BPCO : Broncho pneumopathie chronique obstructive

Tableau 3 : Caractéristiques de la pathologie respiratoire du sujet âgé comparé a ceux de l'adulte jeune

Variables	OR	CI-95%	P
Masculin	1,22	[1,01-1,48]	0,03
HTA	1,95	[1,37-2,79]	<0,001
BPCO	5,95	[3,49-10,14]	<0,001
Cancer du poumon	3,42	[2,08-5,66]	<0,001
PACB	4,15	[2,20-7,81]	<0,001
TB	0,50	[0,38-0,66]	<0,001
Statut VIH connu	0,16	[0,11-0,25]	<0,001