Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Article Original

Pneumopathie Aiguë Bactérienne chez le Sujet Âgé et le Sujet Jeune à Bouaké (Côte d'Ivoire) : Une Étude Comparative des Caractéristiques Cliniques, Radiologiques et Pronostiques

Acute Bacterial Pneumonia in Elderly versus Young Patients in Bouaké (Côte d'Ivoire): A Comparative Study of Clinical Features, Radiological Findings, and Outcomes

Dembélé R[1], Soumahoro NJ[1], Keita O[1], Toh Bi[1], Yeo L[1], Dje Bi H[1], Anon JC[1]

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i9.7879

Affiliations
1-Service de Pneumologie Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant :
Dembélé Rokiatou
Mail : dembelerokiatou33@yahoo.com
Tel :00225 0747896484

Mots-clés : pneumopathie aiguë bactérienne ; pneumopathie communautaire ; sujet âgé ; vieillissement ; Côte d'Ivoire ; Afrique subsaharienne

Keywords: acute bacterial pneumonia; community-acquired pneumonia; elderly; ageing; Ivory Coast; sub-Saharan Africa

Article history
Submitted: 6 July 2026
Revisions requested: 4 August 2026
Accepted: 25 August 2026
Published: 30 August 2026

RÉSUMÉ

Introduction. La pneumopathie aiguë bactérienne (PAB) demeure une cause majeure de morbi-mortalité dans le monde, le sujet âgé étant particulièrement vulnérable en raison de l'immunosénescence et des comorbidités associées. En Afrique subsaharienne, les données comparant les présentations cliniques selon l'âge restent rares. Cette étude visait à comparer les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives de la PAB entre sujets âgés et sujets jeunes hospitalisés au CHU de Bouaké. **Méthodes**. Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique à visée comparative, du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2025, incluant les patients hospitalisés pour PAB. Les participants ont été répartis en deux groupes : sujets âgés (≥65 ans, n=51) et sujets jeunes (18-64 ans, n=102). Les données ont été comparées par les tests du Chi², de Fisher et de Student, avec un seuil de significativité à p<0,05. **Résultats**. L'âge moyen était de 70,4 ans chez les sujets âgés contre 34,3 ans chez les jeunes (p<0,001). L'hypertension artérielle était plus fréquente chez les âgés (13,7% versus 1%, p<0,001), tandis que la douleur thoracique prédominait chez les jeunes (82,3% versus 66,6%, p=0,029). Les sujets âgés présentaient plus de lésions du poumon gauche (45,1% versus 13,7%, p<0,001), d'atteintes diffuses (21,6% versus 8,8%, p=0,041) et de syndrome interstitiel (51% versus 13,7%, p<0,001). Les paramètres biologiques étaient similaires dans les deux groupes. La mortalité, plus élevée chez les âgés (15,7% versus 8,8%), n'atteignait pas la significativité statistique (p=0,20). **Conclusion**. La PAB présentait des caractéristiques globalement comparables entre sujets âgés et jeunes. Les âgés se distinguaient par une fréquence accrue d'HTA et d'atteintes radiologiques étendues. L'âge seul ne semblait pas constituer un facteur pronostique indépendant, soulignant l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée à tous les âges.

ABSTRACT

Introduction. Acute bacterial pneumonia remains a leading cause of hospitalisation and death worldwide, with older adults bearing a disproportionate burden. In sub-Saharan Africa, where diagnostic resources are limited and infectious disease prevalence is high, age-specific differences in pneumonia presentation and outcomes remain inadequately characterised. This study compared the clinical, paraclinical, and outcome characteristics of acute bacterial pneumonia between elderly and young patients hospitalised at Bouaké University Hospital, Ivory Coast. **Materials and methods.** We conducted a retrospective, descriptive, and analytical comparative study in the Department of Respiratory Medicine from January 2023 to December 2025. Patients aged 18 years or older hospitalised for acute bacterial pneumonia were divided into elderly (≥65 years, n=51) and young (18–64 years, n=102) groups. Data were extracted from medical records using a standardised questionnaire. Comparisons employed Chi-square, Fisher's exact, and Student's t-tests, with significance set at p<0.05. **Results.** Among 153 patients, the mean age was 70.4±7.6 years in the elderly group versus 34.3±11.2 years in the young group (p<0.001). Hypertension was significantly more prevalent among elderly patients (13.7% vs 1.0%, p<0.001). Chest pain was more frequent in young patients (82.3% vs 66.6%, p=0.029). Radiologically, elderly patients more often presented with involvement of an entire lung (21.6% vs 8.8%, p=0.041) and interstitial syndrome (51.0% vs 13.7%, p<0.001). In-hospital mortality was 15.7% in the elderly versus 8.8% in the young (p=0.20), a difference that did not reach statistical significance. **Conclusion.** Acute bacterial pneumonia demonstrate comparable clinical and outcome profiles across age groups. Elderly patients are distinguished by higher hypertension prevalence and more extensive radiological involvement. Mortality, though numerically higher in the elderly, is not significantly different, suggesting age alone should not determine prognostic expectations.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

L'ESSENTIEL POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu sur le sujet. La pneumopathie aiguë bactérienne (PAB) est une infection respiratoire fréquente et grave, responsable d'une morbi-mortalité significative à l'échelle mondiale. Le sujet âgé, du fait de l'immunosénescence et de la prévalence élevée des comorbidités, est considéré comme particulièrement à risque de formes sévères et de décès. En Afrique subsaharienne, les données sur les différences de présentation selon l'âge restent limitées.

Le problème abordé par cette étude. Cette étude visait à comparer les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives de la PAB chez les sujets âgés (≥65 ans) et les sujets jeunes (18-64 ans) hospitalisés au CHU de Bouaké, en Côte d'Ivoire, afin d'identifier d'éventuelles particularités liées à l'âge.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Sur 153 patients inclus, nous montrons que les sujets âgés présentent significativement plus d'hypertension artérielle (13,7% vs 1%), de lésions du poumon gauche (45,1% vs 13,7%), d'atteintes diffuses (21,6% vs 8,8%) et de syndrome interstitiel (51% vs 13,7%). En revanche, les paramètres biologiques et le profil évolutif sont comparables. La mortalité, plus élevée chez les âgés (15,7% vs 8,8%), n'est pas statistiquement différente.

Les implications pour la pratique et la recherche. Ces résultats suggèrent que l'âge, à lui seul, n'est pas un facteur pronostique indépendant de la PAB à court terme. Une prise en charge précoce et standardisée, identique pour tous les patients, pourrait compenser la vulnérabilité liée à l'âge. Des études prospectives multicentriques intégrant l'identification étiologique sont nécessaires pour confirmer ces données.

INTRODUCTION

La pneumopathie aiguë bactérienne (PAB) est une infection du parenchyme pulmonaire acquise en milieu extrahospitalier. C'est une cause majeure de morbidité et de mortalité, avec un fardeau élevé en Afrique subsaharienne [1-2]. En Côte d'Ivoire, elle constitue une cause importante d'hospitalisation en Pneumologie [3]. L'âge avancé est reconnu comme un facteur déterminant dans la survenue et l'évolution des PAB. Chez le sujet âgé (≥65 ans), les modifications physiologiques liées au vieillissement, la fréquence élevée des comorbidités (BPCO, diabète, cardiopathies) favorisent la survenue de la PAB mais surtout les formes sévères [4-6]. Généralement la présentation clinique de la PAB chez le sujet âgé est atypique, dominée par les signes généraux (l'altération de l'état général) et les troubles neurologiques (confusion) et les examens microbiologiques qui sont peu contributifs ce qui peut retarder le diagnostic et la prise en charge. Sur le plan radiologique et évolutif, plusieurs travaux suggèrent des différences potentielles entre les deux groupes d'âge, notamment en termes d'étendue des lésions, de complications et de mortalité hospitalière [4,7].

À Bouaké, aucune étude comparative n'a évalué les différences cliniques, paracliniques et évolutives des PAB entre sujets âgés et sujets jeunes. Une telle analyse apparaît essentielle pour adapter les stratégies diagnostiques et thérapeutiques au contexte local.

Nous avons mené ce travail avec pour objectif de comparer les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives des pneumopathies aiguës bactériennes chez le sujet âgé et chez le sujet jeune hospitalisés au service de pneumologie du CHU de Bouaké.

MATÉRIELS ET METHODES

Type, cadre, population d'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique à visée comparative, sur une période de trois ans, du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2025, dans le service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké. Elle a porté sur les patients hospitalisés pour une pneumopathie aiguë bactérienne (PAB) durant la période d'étude. Les patients ont été répartis en deux groupes selon l'âge : le groupe des sujets âgés, comprenant les patients âgés de 65 ans et plus (n=51), et le groupe des sujets jeunes, comprenant les patients âgés de 18 à 64 ans (n=102).

Critères diagnostiques

Le diagnostic de pneumopathie aiguë bactérienne a été établi par l'équipe médicale traitante sur la base d'un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et biologiques. Les critères cliniques comprenaient la fièvre (température axillaire ≥38,0°C ou fièvre rapportée), la toux avec ou sans expectoration, la dyspnée et la présence de râles crépitants à l'auscultation. Les critères radiologiques comprenaient la présence d'opacités alvéolaires (localisées ou diffuses), d'infiltrats interstitiels ou alvéolo-interstitiels sur la radiographie thoracique. Les critères biologiques comprenaient une hyperleucocytose à prédominance neutrophile (numération des globules blancs >10 000/mm³ avec >70% de neutrophiles) et une élévation de la protéine C-réactive (CRP >10 mg/L). Une évolution clinique favorable sous antibiothérapie non spécifique confortait également le diagnostic.

Critères d'inclusion et de non inclusion

Nous avons inclus tous les patients des deux sexes, âgés de 18 ans ou plus, hospitalisés pour une pneumopathie aiguë bactérienne pendant la période d'étude et dont les dossiers médicaux étaient complets. Nous avons exclu les patients âgés de moins de 18 ans, ceux présentant des surinfections (virales, parasitaires ou fongiques), les patients atteints de tuberculose pulmonaire confirmée, et ceux dont les dossiers médicaux étaient incomplets (radiographie thoracique ou numération formule sanguine manquantes).

Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies à partir du registre d'hospitalisation et des dossiers médicaux, à l'aide d'une fiche d'enquête anonyme et standardisée. Les variables étudiées comprenaient les caractéristiques socio-démographiques, les données cliniques, les paramètres paracliniques et l'évolution.

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel CS Pro version 6.2 et l'analyse statistique avec STATA 13. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne ± écart-type et comparées à l'aide du test de t Student. Les variables qualitatives étaient exprimées en effectifs et pourcentages et comparées à l'aide du test du Chi² ou test exact de Fisher selon les conditions d'applications. Le seuil de significativité statistique était fixé à $p < 0,05$.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Les principaux biais potentiels liés au caractère rétrospectif et monocentrique de l'étude , ont été pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Considérations éthiques

Le respect de la confidentialité et de l'anonymat des patients a été rigoureusement assuré. L'étude s'est réalisée dans le respect des principes éthiques en vigueur.

RÉSULTATS

Sélection des patients de l'étude

Durant la période d'étude, 245 dossiers de patients hospitalisés pour une PAB ont été identifiés. Au total 82 dossiers ont été exclus pour les motif suivants : un âge inferieur à 18 ans (n=36), un dossier incomplet (n=32) et la présence de surinfections à d'autres microorganismes (n=14). Parmi les 163 éligibles, nous avons inclus la totalité des patients âgés (n=51) et sélectionné le double de sujets jeunes (n=102), soit un ratio de 1 sujet âgé pour 2 sujets jeunes. L'échantillon final d'analyse comportait 153 patients (Figure 1).

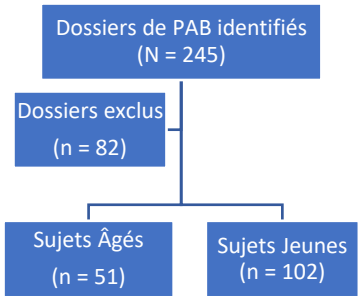

Figure 1 : Diagramme de flux

Caractéristiques générales

L'âge moyen était respectivement de 70,4 ans +/- 7,6 dans le groupe 1 et de 34,3ans +/-11,2 dans le groupe 2 avec une différence significative (p<0,001). On notait une prédominance masculine dans les 2 groupes (78,4 versus 72,5%). Il n'y avait pas de différence significative selon le sexe entre les deux groupes (p=0,43) (Tableau I).

Tableau I : Comparaison des caractéristiques générales et des comorbidités dans les deux groupes

	Sujets âgés n=51(%)	Sujets jeunes n=102 (%)	P	OR ; IC 95%
Caractéristiques générales				
Masculin	40(78,4%)	74(72,5%)	0,43	1,38 [0,63–3,04]
Féminin	11 (21,6%)	28(27,5%)	_	_
Age moyen (ans)	70,41+/-7,6	34,3+/-11,2	<0,001	_
Comorbidités				
Tabac	13 (25,5%)	26 (25,5%)	1,00	1,00[0,46-2,16]
Diabète	3 (5,8%)	2 (2%)	0,2	3,13[0,51-19,33]
HTA	7 (13,7%)	1 (1%)	<0,001	16,07[1,92-134,54]
VIH	2(3,9%)	6(5,9%)	0,6	0,65[0,13-3,36]

HTA=hypertension artérielle ; VIH=virus de l'immunodéficience humaine ; OR=odd ratio ; IC 95%=intervalle de confiance à 95%.

Comorbidités

Les principales comorbidités présentes dans les deux groupes étaient le tabagisme dans les mêmes proportions (25,5%), le diabète(5,8% versus 2%) et le VIH (3,9% versus 5,9%) sans aucune différence significative(p>0,05).

L'HTA était plus retrouvée chez les sujets âgés dans 13,7% contre 1% chez les sujets jeunes avec une différence significative (p<0,05)(tableau I).

Données cliniques

La comparaison des données cliniques montrait que la majorité des patients deux groupes présentaient une évolution chronique sans différence significative (p=0,61).

La fièvre ,la dyspnée, la toux , l'insuffisance respiratoire aiguë et les troubles neurologiques étaient fréquents dans les deux groupes sans différence significative(p>0,05).

La douleur thoracique était plus retrouvée chez les sujets jeunes avec une différence significative (82,3% p=0,029).

Le trouble de la vigilance était retrouvé dans les deux groupes sans différence significative(p=1) (Tableau II).

Tableau II : Comparaison des signes cliniques dans les deux groupes

	Sujets âgés n=51(%)	Sujets jeunes n=102 (%)	P	OR ; IC 95%
Évolution chronique	38(74,5%)	72(70,6%)	0,61	1,22[0,57-2,64]
Fièvre	47 (92,1%)	90 (88,2%)	0,455	1,57[0,48-5,13]
Dyspnée	37 (72,5%)	76 (74,5%)	0,795	0,9[0,42-1,93]
Douleur thoracique	34 (66,6%)	84 (82,3%)	0,029	0,43[0,20-0,93]
Toux	16 (31,3%)	30 (29,4%)	0,803	1,1[0,53-2,27]
Insuffisance respiratoire aiguë	28 (54,9%)	55 (53,9%)	0,909	1,04[0,53-2,04]
Syndrome de condensation pulmonaire	23(45,1%)	39(38,2%)	0,41	1,33[0,67-2,63]
Troubles de la vigilance	4(7,8%)	8(7,8%)	1,00	1,00[0,29-3,49]

OR=odd ratio ; IC 95%=intervalle de confiance à 95%.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Données paracliniques

Les lésions radiologiques étaient plus localisées dans le champ pulmonaire gauche chez les sujets âgés (45,1%), et chez les sujets jeunes, les lésions étaient plutôt situées dans le champ pulmonaire droit(68,6%) avec une différence significative (p<0,001) . Concernant l'étendue des lésions, l'atteinte de tout un poumon était plus observée chez les sujets âgés (21,6% versus 8,8%) avec une différence significative (p<0,05). Les sujets âgés avaient près de 3 fois plus de formes radiologiques étendues (OR= 2,89 [1,04 – 8,01]) . Les sujets âgés avaient présenté plus d'atteinte interstitielle (51%) et le syndrome alvéolaire était le plus retrouvé chez les sujets jeunes (71,5%) avec une différence significative (p<0,001) (Tableau III).

Tableau III : comparaison des caractéristiques radiologiques et des paramètres biologiques dans les deux groupes

	Sujets âgés n=51(%)	Sujets jeunes n=102 (%)	P	OR ; IC 95%
Caractéristiques radiologiques				
Lésions unilatérales à gauche	23 (45,1%)	14 (13,7%)	< 0,001	5,35 [2,38 – 12,0]
Lésions unilatérales à droite	18 (35,3%)	70 (68,6%)		0,26 [0,12 – 0,55]
Tiers (1/3) du poumon	24 (47,1%)	61 (59,8%)	0,15	0,61 [0,31 – 1,21]
Plus de la moitié du poumon	12 (23,5%)	28 (27,4%)	0,68	0,81 [0,38 – 1,74]
Tout un poumon	11 (21,6%)	9 (8,8%)	0,041	2,89 [1,04 – 8,01]
Syndrome alvéolaire	16(31,3%)	73(71,5%)	<0,001	0,18[0,08-0,38]
Syndrome alvéolo-interstitiel	8(15,7%)	18(17,6%)		0,87[0,35-2,16]
Syndrome interstitiel	26(51%)	14(13,7%)		6,4[2,96-14,45]
Pleurésie	7 (13,7%)	8 (7,8%)	0,26	1,87 [0,63 – 5,51]
Abcès du poumon	5 (9,8%)	8 (7,8%)	0,68	1,28 [0,40 – 4,06]
Paramètres biologiques				
Hyperleucocytose	25(49%)	55(53,9%)	0,60	0,83 [0,42 – 1,65]
Leucopénie	9(17,6%)	14(13,7%)	0,63	1,35 [0,54 – 3,36]
Anémie	7(13,7%)	24(23,5%)	0,20	0,52 [0,21 – 1,30]
CRP élevée	21(41,2%)	36(35,3%)	0,57	1,29 [0,65 – 2,56]
Hyperglycémie	11(21,6%)	17(16,7%)	0,52	1,37 [0,60 – 3,14]

CRP=protéine c-réactive ; OR=odd ratio ; IC 95%=intervalle de confiance à 95%.

Sur le plan biologiques, les anomalies biologiques telles que l'hyperleucocytose , la leucopénie, l'anémie , la CRP élevée et l'hyperglycémie étaient présentes dans les deux groupes sans différence significative (p>0,05)(Tableau III).

Profil évolutif

La durée moyenne d'hospitalisation était supérieure à 7jours chez 31,4% des sujets âgés contre 26,5% chez les sujets jeunes sans différence significative (p>0,05) (Tableau IV).

Tableau IV : comparaison du profil évolutif

	Sujets âgés n=51(%)	Sujets jeunes n=102 (%)	P	OR ; IC 95%
Évolution				
Favorable	38 (74,5%)	81 (79,4%)	0,49	0,76 [0,34 – 1,70]
Décédé	8 (15,7%)	9 (8,8%)	0,20	1,93 [0,72 – 5,20]
Évadé	5 (9,8%)	12 (11,8%)	0,78	0,81 [0,27 – 2,46]
Complications				
Pleurésie	7 (13,7%)	8 (7,8%)	0,26	1,87 [0,63 – 5,51]
Abcès	5 (9,8%)	8 (7,8%)	0,68	1,28 [0,40 – 4,06]
Septicémie	2 (3,9%)	9 (8,8%)	0,34	0,42[0,09-1,99]
Durée moyenne d'hospitalisation				
≤7 jours	35 (68,6%)	75 (73,5%)	_	-
>7 jours	16 (31,4%)	27 (26,5%)	0.52	1,27[0,61-2,64]

OR=odd ratio ; IC 95%=intervalle de confiance à 95%.

L'évolution était favorable dans les deux groupes sans différence significative (74,5% versus 79,4%).Les complications et la mortalité étaient numériquement plus fréquentes chez les sujets âgés sans différence statistiquement significative (p>0,05).

DISCUSSION

Limites

Cette étude présente des limites liées à son caractère rétrospectif, notamment un risque de biais de sélection et d'information lié à des dossiers parfois incomplets ou non standardisés. La taille limitée de l'échantillon peut

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

également réduire la puissance statistique. Toutefois, les critères de sélection ont permis de minimiser ces biais.

Caractéristiques générales

Dans notre étude, la PAB concernait majoritairement les sujets jeunes. L'âge moyen était de 70,4 ± 7,6 ans chez les sujets âgés contre 34,3 ± 11,2 ans chez les jeunes. L'âge moyen des sujets âgés était comparable à celui rapporté dans plusieurs séries, où il variait de 68 à 75 ans [8-9]. Une prédominance masculine était observée dans les deux groupes (78,4 % contre 72,5 %), sans différence significative. Cette prédominance masculine a également été rapportée dans plusieurs études et pourrait être liée à une exposition accrue aux facteurs de risque environnementaux et comportementaux, notamment le tabagisme [2,8].

Données cliniques

L'HTA était significativement plus fréquente chez les sujets âgés (p<0,001), rejoignant les résultats de Torres et collaborateurs sur le rôle des maladies cardiovasculaires chroniques [10]. Dans le contexte subsaharien, Seni et collaborateurs ont plutôt souligné l'importance de l'infection à VIH et de la malnutrition chez les sujets jeunes [9]. Le tabagisme était retrouvé dans les deux groupes (25,5 %), tandis que le diabète était plus fréquent chez les sujets âgés (5,8 % contre 2 %), sans différence significative. Le diabète favorise les infections bactériennes par altération de la fonction des polynucléaires neutrophiles [11].

L'évolution avant l'hospitalisation était chronique dans les deux groupes, sans différence significative. Plusieurs études africaines ont rapporté des présentations subaiguës ou chroniques en lien avec le retard de consultation, les difficultés d'accès aux soins et l'automédication [12-13]. Ces facteurs peuvent modifier la présentation clinique à l'admission [14].

La fièvre, la dyspnée et l'IRA étaient observées de façon comparable dans les deux groupes. Ces manifestations constituent des signes majeurs des pneumonies nécessitant une hospitalisation [10]. Cependant, chez le sujet âgé, la pneumonie peut présenter une symptomatologie atypique, avec moins de fièvre et de signes respiratoires et davantage de manifestations extra-respiratoires [7,15]. Dans notre série, la douleur thoracique était significativement plus fréquente chez les jeunes (p=0,029), ce qui pourrait traduire une présentation plus fruste chez les sujets âgés [8,16].

Données paracliniques

Les lésions radiologiques présentaient une distribution différente selon l'âge, avec une prédominance gauche chez les sujets âgés et droite chez les jeunes (p<0,001). La prédominance droite peut s'expliquer par la verticalité et le calibre de la bronche souche droite, favorisant l'inhalation de microorganismes [7]. Chez les sujets âgés, la prédominance gauche pourrait être influencée par les fausses routes et la position du patient [15].

Les atteintes radiologiques étendues étaient plus fréquentes chez les sujets âgés (21,6 % contre 8,8 % ; p<0,05). Ces résultats rejoignaient ceux de Lieberman et collaborateurs concernant les formes sévères et l'atteinte parenchymateuse diffuse chez les sujets âgés [17]. D'autres études suggèrent cependant que les anomalies radiologiques dépendent également de l'étiologie infectieuse et des mécanismes physiopathologiques du germe [18-19].

Sur le plan biologique, l'hyperleucocytose, l'hyperglycémie et l'anémie étaient comparables dans les deux groupes (p>0,05). Kaplan et collaborateurs ont également montré que les paramètres biologiques standards pris isolément ne permettent pas toujours de distinguer les patients selon l'âge [10]. Ces anomalies reflètent la réponse inflammatoire et le stress métabolique liés à l'infection aiguë [20].

Profil évolutif

L'évolution clinique était favorable dans les deux groupes, sans différence significative (p>0,05). Ces résultats suggèrent qu'une prise en charge adaptée peut permettre une évolution comparable malgré la vulnérabilité liée à l'âge. Le pronostic de la PAB dépend principalement de la sévérité initiale, de la précocité du traitement et de l'adéquation de l'antibiothérapie plutôt que de l'âge seul [1,21].

La durée d'hospitalisation était comparable, la majorité des patients ayant un séjour ≤7 jours (68,6 % chez les sujets âgés contre 73,5 % chez les jeunes). Ce résultat diffère de certaines données rapportant des séjours plus longs chez les sujets âgés en raison d'une récupération plus lente, des complications ou des comorbidités [22]. Une antibiothérapie précoce et adaptée, associée à une prise en charge standardisée, pourrait réduire ces différences [21]. La mobilisation précoce et la prévention du décubitus peuvent également limiter la durée d'hospitalisation [23].

Enfin, la mortalité était numériquement plus élevée chez les sujets âgés, mais sans différence statistiquement significative (p>0,05). Le vieillissement s'accompagne d'une altération des défenses respiratoires et d'une fréquence accrue des comorbidités [10]. Toutefois, après ajustement sur la gravité initiale et les comorbidités, l'âge ne semble pas toujours constituer un facteur indépendant de mortalité. Arnold et collaborateurs ont montré que les différences pronostiques liées à l'âge s'atténuaient avec une prise en charge standardisée conforme aux recommandations internationales [24].

CONCLUSION

La pneumopathie aiguë bactérienne présente des caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives globalement comparables chez les sujets âgés et les sujets jeunes. Les principales différences concernent les comorbidités notamment l'hypertension artérielle, ainsi que les caractéristiques radiologiques avec une plus grande fréquence des atteintes pulmonaires étendues et interstitielles chez les sujets âgés. La mortalité est plus élevée chez les sujets âgés mais l'âge seul ne constitue pas un facteur déterminant du pronostic à court terme, ce qui souligne l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée pour améliorer l'évolution des patients atteints de pneumopathie bactérienne communautaire.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts financier ou professionnel en lien avec les résultats présentés dans ce travail.

RÉFÉRENCES

1- Kone D, Kone S, Kadiané-Oussou J, Yapo MT, Karidioula JM, Tieoule SC et al. Morbidité et Mortalité dûes aux Maladies Infectieuses chez l'adulte aux Urgences Médicales du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire) Health Sci. Dis: Vol 24 (7) July 2023 pp 6-12.

2- Eshwara VK, Mukhopadhyay C, Rello J. Community-acquired bacterial pneumonia in adults: An update. Indian J Med Res. 2020;151(4):287-302. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1678_19

3-Horo K, Koffi N, Kouassi B, N'gom A S, Kenmogné K, Ahui B J et al. Facteurs de décès par pneumo- pathie aigue communautaire en milieu africain à Abid- jan. Rev Pneumol Trop 2004; 1:8-11.

4- Cillóniz C, Dominedò C, Pericàs JM, Rodriguez-Hurtado D, Torres A. Community-acquired pneumonia in critically ill very old patients: a growing problem. Eur Respir Rev.2020;29(155):190126. doi:10.1183/16000617.0126-2019.

5- Torres A, Peetermans WE, Viegi G, Blasi F. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. Thorax. 2013;68(11):1057-1065. doi:10.1136/thoraxjnl-2013-204282

6- Blanc E, Chaize G, Fievez S, Féger C, Herquelot E, Vainchtock A et al. The impact of comorbidities and their stacking on short- and long-term prognosis of patients over 50 with community-acquired pneumonia. BMC Infect Dis. 2021;21(1):949. doi:10.1186/s12879-021-06637-2

7- Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K et al.Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. 2019;200(7): e45-e67. doi:10.1164/rccm.201908-1581ST

8- Kaplan V, Angus DC, Griffin MF, Clermont G, Watson RS, Linde-Zwirble WT. Hospitalized community-acquired pneumonia in the elderly: age- and sex-related patterns of care and outcome. Am J Respir Crit Care Med. 2002;165(6):766-772. doi:10.1164/ajrccm.165.6.2103038

9- Seni J, Mapunjo S, Wittenbrink B, Ndely P, Mirambo MM, Mshana SE, et al. Etiology, antimicrobial susceptibility and outcome of community-acquired pneumonia among adults in sub-Saharan Africa. BMC Infect Dis. 2019;19(1):1017. doi:10.1186/s12879-019-4638-1.

10- Torres A, Cillóniz C, Niederman MS, Boersma WG, Chalmers JD, Dela Cruz CS, et al. Pneumonia. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):25. doi:10.1038/s41572-021-00259-0.

11-Berbudi A, Rahmadika N, Tjahjadi AI, Ruslami R. Type 2 Diabetes and its Impact on the Immune System. Curr Diabetes Rev. 2020 ;16(5):442-9. doi:10.2174/1573399815666191024085838.

12-Ouedraogo AR, Maiga S, Boncoungou K, et al. Facteurs associés au retard de consultation des pneumonies aiguës communautaires à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Rev Mal Respir. 2021;38(4):345-52.

13- Koffi N'Goran K, Ahui BJM, Kouassi BA, et al. Profil épidémio-clinique et évolutif des pneumopathies aiguës communautaires de l'adulte à Abidjan (Côte d'Ivoire). Rev Pneumol Trop. 2022; 35:12-9.

14- Nyamthe EL, Ngahane BHM, Balkissou AD, Poka-Mayap V, Temfack E, Kuaban C. Clinical profiles and outcomes of community-acquired pneumonia in a tertiary hospital in sub-Saharan Africa: the impact of diagnostic and therapeutic delays. BMC Pulm Med. 2023;23(1):142. doi:10.1186/s12890-023-02434-w.

15-Janssens JP, Krause KH. Pneumonia in the very old. Lancet Infect Dis. 2004;4(2):112-124. doi:10.1016/S1473-3099(04)00931-4

16- 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(3 Pt 1):645-651. doi:10.1164/ajrccm.163.3.2005075

17-Lieberman D, Lieberman D, Schlaeffer F, Porath A. Community-acquired pneumonia in old age: a prospective study of 91 patients admitted from home. Age Ageing. 1997;26(2):69-75. doi:10.1093/ageing/26.2.69

18-Miyashita N, Kawai Y, Tanaka T, et al. Clinical and radiographic characteristics of community-acquired Legionella pneumonia in elderly patients. J Infect Chemother. 2018;24(6):449-54.

19- Bruns AH, Oosterheert JJ, Prokop M, Lammers JW, Hak E, Hoepelman AI. Patterns of resolution of chest radiograph abnormalities in adults hospitalized with severe community-acquired pneumonia. Clin Infect Dis. 2007;45(8):983-991. doi:10.1086/521853

20- Torres A, Cillóniz C, Niederman MS, Boersma WG, Chalmers JD, Dela Cruz CS, et al. Pneumonia in the elderly. Lancet Respir Med. 2021;9(10):1087-1102. doi:10.1016/S2213-2600(21)00085-1.

21- Wunderink RG, Waterer GW. Community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*. 2014;370(6):543-551. doi:10.1056/NEJMcp1214869.

22-Cilloniz C, Domiguez-Castellano A, Garcia-Vidal C, et al. Influence of age and comorbidities on the length of hospital stay and outcomes in community-acquired pneumonia. Infection. 2023;51(3):685-94.

23- Loyd C, Markland AD, Zhang Y, Fowler M, Harper S, Wright NC, et al. Prevalence of hospital-associated disability in older adults: a meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(4):455-461.e5. doi: 10.1016/j.jamda.2019.09.015

24-Arnold FW, Wiemken TL, Peyrani P, Ramirez JA, Brock GN. Outcomes in community-acquired pneumonia by age groups: results from the Community-Acquired Pneumonia Organization (CAPO) international cohort study. Respir Med. 2013;107(6):920-927. doi:10.1016/j.rmed.2013.02.010

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license