



Article scientifique

Article

2022

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

---

## Spécificités de l'infection à SARS-CoV-2 chez les patients âgés

---

Parent, Thibault; Skoula, Eirini; Vetter, Pauline; Prendki, Virginie

### How to cite

PARENT, Thibault et al. Spécificités de l'infection à SARS-CoV-2 chez les patients âgés. In: Revue médicale suisse, 2022, vol. 18, n° 777, p. 702–706. doi: 10.53738/REVMED.2022.18.777.702

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:168916>

Publication DOI: [10.53738/REVMED.2022.18.777.702](https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.777.702)

# Spécificités de l'infection à SARS-CoV-2 chez les patients âgés

Dr THIBAUT PARENT<sup>a,\*</sup>, Dre EIRINI SKOULA<sup>a,\*</sup>, Dre PAULINE VETTER<sup>b,c</sup> et Dre VIRGINIE PRENDKI<sup>a,b</sup>

Rev Med Suisse 2022; 18: 702-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.777.702

Le Covid-19 a fortement impacté la population âgée avec un taux de mortalité particulièrement élevé dû à plusieurs raisons: diagnostic parfois difficile et retardé, multimorbidité, immunosénescence, fragilité, qui semble d'ailleurs être un meilleur marqueur pronostique que l'âge. Le traitement inclut autant des thérapies spécifiquement dirigées contre le SARS CoV-2 (anticorps monoclonaux, corticothérapie systémique, tocilizumab, remdesivir) que des traitements symptomatiques et palliatifs. La vaccination, notamment le rappel, est primordiale pour diminuer le risque infectieux et les formes graves. L'apparition de variants représente un défi en raison de leur impact sur l'efficacité du vaccin et des traitements. Des études réalisées spécifiquement chez les sujets âgés sont nécessaires pour améliorer leur prise en charge.

## Specificities of SARS-CoV-2 infection in elderly patients

COVID-19 has strongly impacted the elderly population with a particularly high mortality rate due to several reasons: sometimes difficult and delayed diagnosis, multimorbidity, immunosenescence, frailty, which seems to be a better prognostic marker than age. Treatment includes both therapies specifically directed against SARS CoV-2 (monoclonal antibodies, systemic corticosteroids, tocilizumab, remdesivir) and symptomatic and palliative treatments. Vaccination, especially the booster, is essential to reduce the risk of infection and severe forms. The emergence of variants is a challenge because of their impact on vaccine and treatment efficacy. Specific studies in the elderly are needed to improve their management.

## INTRODUCTION

Depuis le début de la pandémie due au SARS-CoV-2, la population âgée représente une catégorie de personnes très vulnérables à cette infection. Cet article abordera des données épidémiologiques et cliniques ainsi que l'impact du Covid-19 sur ces patients, une mise à jour sur leur prise en charge avec un focus sur les traitements spécifiquement dirigés contre le SARS CoV-2 et enfin des données de prévention notamment vaccinale.\*\*

<sup>a</sup>Service de médecine interne de l'âgé, Hôpital des Trois-Chêne, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>b</sup>Service des maladies infectieuses, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>c</sup>Centre des maladies virales émergentes, Hôpitaux universitaires de Genève, 1205 Genève  
thibaultyves.parent@hcuge.ch | eirini.skoula@hcuge.ch | pauline.vetter@hcuge.ch  
virginie.prendki@hcuge.ch

\*Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

\*\* Cet article fait état des connaissances disponibles au moment de la rédaction, fin mars 2022.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

Depuis le début de la pandémie, l'infection à SARS-CoV-2 a causé plus de 5,9 millions de décès à travers le monde.<sup>1</sup> En Suisse, l'OFSP estime le taux de mortalité à 1660 décès pour 100000 chez les plus de 80 ans, représentant le taux le plus élevé toutes catégories confondues.<sup>2</sup> Malgré l'amélioration constante de la prise en charge et l'avènement de la vaccination, ce lourd tribut demeure trop élevé, particulièrement en EMS, et constitue un défi de santé publique. En Suisse, la politique de vaccination des personnes âgées a permis de limiter nettement leur morbidité et leur mortalité, grâce à des taux de vaccination élevés chez les > 65 ans et notamment l'injection de la 3<sup>e</sup> dose (rappel) réalisée en priorité dans cette catégorie d'âge.

## PARTICULARITÉS CLINIQUES CHEZ LE SUJET ÂGÉ: UNE PRÉSENTATION PARFOIS ATYPIQUE

Le **tableau 1** résume les symptômes les plus fréquents dans la population gériatrique. Les signes cliniques classiques respiratoires et systémiques tels que la toux, la dyspnée ou la fièvre peuvent être absents du tableau clinique. En effet, la présentation s'avère souvent atypique, voire trompeuse, avec une altération de l'état général, des chutes répétées et surtout la survenue d'un état confusionnel aigu, comme dans d'autres pathologies infectieuses.<sup>3</sup> Une prévalence accrue de la confusion a été mise en évidence, pouvant aller jusqu'à 28%, et étant associée à une augmentation de la mortalité.<sup>4</sup> Cette présentation atypique peut avoir comme conséquences un retard

TABLEAU 1		Signes et symptômes dans la population âgée
Type d'atteinte	Signes et symptômes les plus fréquemment rencontrés	
Syndromes gériatriques	Chutes à répétition; troubles de la marche et de l'équilibre; syndrome confusionnel; perte d'autonomie; troubles du sommeil	
Symptômes généraux	Fièvre ou fébricule, hypothermie, déshydratation, asthénie, anorexie, myalgie	
Respiratoire	Dyspnée, polypnée, toux, expectoration, hémoptysie	
ORL	Odynophagie, rhinorrhée, dysgueusie, anosmie	
Digestive	Douleur abdominale, diarrhée, vomissement	
Cardiovasculaire	Douleur thoracique, palpitation, hypotension (orthostatique)	
Neurologique	Vertiges, signes d'accident vasculaire cérébral (trouble d'élocution, moteur)	
Psychiatrique	Apathie, dépression, modification du comportement	

diagnostique, voire une limitation thérapeutique, et la propagation du virus ainsi que des épidémies nosocomiales. Par conséquent, le clinicien devrait avoir un seuil de dépistage très bas chez la personne âgée, particulièrement dans un contexte d'incidence élevée dans la population.

## MORTALITÉ ET CONSÉQUENCES À LONG TERME

La mortalité particulièrement élevée peut s'expliquer par la présence de plusieurs facteurs de risque de développer une maladie sévère: nombre de comorbidités augmentant avec l'âge, traitements préexistants ou pathologies contre-indiquant certaines thérapies, vulnérabilité surajoutée avec baisse des réserves fonctionnelles et clinique atypique induisant un retard diagnostique et thérapeutique. L'immunosénescence joue un rôle majeur dans le pronostic de la maladie et peut retarder le développement de la réponse immune à une infection naturelle, prédisposant ainsi à une infection plus sévère. La réponse humorale à la vaccination est, elle aussi, plus faible et retardée chez la personne âgée, comme la réponse cellulaire.

Une méta-analyse portant sur plus de 600 000 patients montrait que la mortalité passait de 9,5% chez les 60-69 ans à 29,6% chez les > 80 ans, allant jusqu'à 40 à 80% aux soins intensifs.<sup>5</sup> Cependant, l'expérience a montré que l'âge à lui seul ne constituait pas une raison suffisante pour récuser l'accès aux soins intensifs, ce qui a pourtant été le cas lors des premières vagues.<sup>6</sup> En effet, certaines études ont montré que la fragilité, évaluée grâce à l'échelle Clinical Frailty Scale (CFS), prédisait mieux le devenir des patients.<sup>7</sup> Une méta-analyse récente a mis en évidence qu'une élévation d'un point de la CFS était associée à une augmentation de 12% du taux de mortalité.<sup>8</sup> Ainsi, on devrait pouvoir proposer des soins intensifs à des patients modérément fragiles alors qu'une évaluation individuelle devrait être réalisée pour les patients les plus fragiles. Par ailleurs, une évaluation gériatrique (des comorbidités, capacités fonctionnelles, nutritionnelles et cognitives) et la mise à jour du plan de soins devraient être systématiquement réalisées dès l'admission.

Outre la mortalité déjà discutée, les conséquences sont nombreuses sur l'état de santé post-Covid de la personne âgée. Il faut se rappeler que toute hospitalisation pour infection aiguë survenant à un âge avancé peut mener à une détérioration des fonctions cognitives et de la fonctionnalité sur le moyen et le long terme.<sup>9</sup> Dans le cadre du Covid, des auteurs ont montré une baisse de la qualité de vie chez plus de la moitié des patients avec un impact fonctionnel chez un tiers d'entre eux à 6 mois.<sup>10</sup> Une autre étude montrait que les symptômes persistaient chez 83% des patients âgés en moyenne 76 jours après la sortie de l'hôpital, la fatigue et la dyspnée étant au premier plan.<sup>11</sup>

## TRAITEMENT

La prise en charge du Covid-19 a considérablement changé, s'est améliorée au fil des vagues, et est en constante mouvance. Cependant, très peu d'études ont été réalisées chez les patients âgés, et très peu d'entre eux ont pu être inclus dans les nombreux essais cliniques thérapeutiques réalisés.<sup>12</sup> L'évidence

est donc très faible concernant cette population et les recommandations à suivre sont celles de la population générale, avec la nécessité de prendre des précautions particulières.

Le traitement spécifiquement dirigé contre le SARS CoV-2 consiste en deux parties: celui de la phase précoce (permettant de prévenir une progression vers la maladie sévère) et celui de la pneumonie avérée. Le **tableau 2**, inspiré des recommandations institutionnelles des HUG, récapitule les indications, contre-indications, précautions d'emploi, effets secondaires possibles et la surveillance des différentes molécules prescrites.<sup>13</sup>

### Traitement de la phase précoce

#### Anticorps monoclonaux antiprotéine S du SARS-CoV-2

En Suisse, deux différents traitements d'anticorps sont disponibles et leur choix dépend de l'épidémiologie du variant circulant ou de son identification par le laboratoire. Le casirivimab/imdévimab, qui a perdu son efficacité sur Omicron, et le sotrovimab, qui permet de neutraliser Omicron BA.1 mais n'a qu'une activité très limitée in vitro sur BA.2. Ces anticorps sont indiqués chez des patients à haut risque de progression selon les recommandations de la Société suisse d'infectiologie,<sup>14</sup> avec des symptômes légers à modérés et datant de moins de 5 jours, en fonction de la sensibilité du variant responsable de l'infection. Encore une fois, les personnes âgées étaient très faiblement représentées dans les essais cliniques (11% des patients avaient > 70 ans dans l'étude sur le sotrovimab<sup>15</sup> et 8% > 65 ans dans l'étude sur le casirivimab/imdévimab)<sup>16</sup>. Le variant BA.2 prend le dessus en Suisse, nécessitant une nouvelle adaptation. De nouveaux anticorps, actifs sur tous les variants, sont en développement, mais non encore disponibles sur le marché, comme l'association tixagévimab/cilgavimab (Evusheld).

#### Nouveaux antiviraux directs

Le molnupiravir et l'association nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid), qui sont administrés par voie orale, sont en cours d'évaluation par les autorités de santé.

#### Remdésivir

L'administration de remdésivir durant 3 jours a montré une efficacité de 89% pour éviter l'évolution vers la maladie sévère.<sup>17</sup> Cependant, ce traitement s'administre uniquement par voie IV et, de nouveau, seuls 30% des participants de l'étude avaient > 60 ans.

### Traitement de la pneumonie hypoxémiant

#### Corticostéroïdes

Ce traitement constitue la pierre angulaire thérapeutique chez des patients hospitalisés et nécessitant une supplémentation en oxygène. En effet, chez les patients non hypoxiques, la dexaméthasone n'a pas montré de bénéfices, voire s'est avérée délétère.<sup>18,19</sup> Une étude non randomisée a montré que les stéroïdes étaient associés à une augmentation significative de la survie à J14 chez des patients > 80 ans et hospitalisés pour Covid-19 sévère et nécessitant un apport d'O<sub>2</sub> de 3 l/min au moins.<sup>20</sup> Cependant, au vu du manque de données dans cette population, une attention toute particulière doit être portée aux effets indésirables fréquents liés à cette classe de médicaments, notamment sur le plan psychiatrique, diabé-

**TABLEAU 2** Recommandations thérapeutiques en vigueur aux HUG (mise à jour de février 2022)<sup>13</sup>

ALAT: alanine aminotransférase; AOD: anticoagulants oraux directs; ASAT: aspartate aminotransférase; CI: contre-indications; CRP: protéine C-réactive; DFGe: débit de filtration glomérulaire estimé; Hb: hémoglobine; IL6R: Interleukine 6 Receptor; IRA: insuffisance rénale aiguë; JAK1: Janus kinase 1; JAK2: Janus kinase 2; Na-K: sodium-potassium; OU: ordre unique; PCT: procalcitonine.

Médicament	Posologie	Indication	CI et précautions d'emploi	Surveillance	Effets secondaires
<b>Corticostéroïdes</b>					
Dexaméthasone	6 mg/j PO ou IV, 7-10 jours	Pneumonie Covid-19 avec oxygénodépendance	Si AOD	Glycémie, Na-K, interactions médicamenteuses	Hyperglycémie, hypernatrémie, HTA, hémorragie digestive, psychose
Prednisone	40 mg/j PO, 7-10 jours	Idem	Pas de contre-indication absolue	Idem	Idem
Méthylprednisolone	10 mg/6 heures IV, 7-10 jours	Idem	Adaptation posologique en cas d'obésité	Idem	Idem
<b>Anti-IL6R</b>					
Tocilizumab	<ul style="list-style-type: none"> <li>8 mg/kg IV, 1 dose</li> <li>2<sup>e</sup> dose uniquement si aggravation, pas d'adaptation à la fonction rénale</li> </ul>	Pneumonie Covid-19 avec oxygénodépendance si $\geq 2$ l/min d'O <sub>2</sub> . En cas de péjoration clinique malgré corticostéroïdes > 12 heures ou si maladie critique d'emblée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infection bactérienne non contrôlée, tests hépatiques &gt; 5x la norme, neutropénie &lt; 0,5 G/l, thrombopénie &lt; 50 G/l, ulcère gastrique actif, diverticulite aiguë</li> <li>Association avec d'autres immunomodulateurs</li> </ul>	Suivi infectieux rapproché (PCT plus fiable que CRP), tests hépatiques à 48 heures, interactions médicamenteuses, sérologie hépatite B	Réaction allergique, tests hépatiques perturbés, symptômes gastro-intestinaux, risque infectieux (respiratoire, cutané et réactivation herpétique), cytopénie
<b>Anti-JAK1/JAK2</b>					
Baricitinib	<ul style="list-style-type: none"> <li>4 mg/j PO, 14 jours</li> <li>2 mg/j si clairance de la créatinine entre 30 et 60 ml/min</li> </ul>	Mêmes critères que pour le tocilizumab  NB: l'effet attendu est retardé de 3 à 5 jours	Hypersensibilité, clairance de la créatinine < 30 ml/min, insuffisance hépatique sévère, association avec autres immunomodulateurs, neutropénie < 1 G/l, Hb < 80 g/l, ASAT/ALAT > 5x la norme, diverticulite active ou antécédent. Éviter l'association avec le tocilizumab et le remdésivir	Suivi infectieux rapproché (PCT plus fiable que CRP), créatinine, formule sanguine complète, tests hépatiques, sérologie hépatite B	Réaction allergique, tests hépatiques perturbés, symptômes gastro-intestinaux, risque infectieux, cytopénie, IRA
<b>Anticorps monoclonaux</b>					
Casirivimab/ imdévimab (REGEN-CoV-2)	1200 mg IV de chaque anticorps, IV en OU	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'efficacité sur le variant Omicron</li> <li>Prévention de l'évolution vers une maladie sévère</li> <li>Pneumonie oxygénodépendante si patient séronégatif</li> </ul>	Allergie à l'un des composants	Surveillance pendant la perfusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allergie</li> <li>Réaction de type fièvre/frisson</li> </ul>
Sotrovimab	1000 mg IV en OU	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garde son efficacité sur les variants Delta et Omicron mais la perd sur Omicron BA.2</li> <li>Uniquement en traitement précoce pour prévenir l'évolution vers une maladie sévère</li> </ul>	Allergie à l'un des composants	Surveillance pendant la perfusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allergie</li> <li>Réaction type fièvre/frisson</li> </ul>
<b>Antiviral</b>					
Remdésivir	<ul style="list-style-type: none"> <li>200 mg IV le 1<sup>er</sup> jour, puis 100 mg/24 heures IV de J2 à J5</li> <li>Pas d'adaptation à la fonction rénale si DFGe <math>\geq 30</math> ml/min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pneumonie confirmée radiologiquement</li> <li>Indication à une oxygénothérapie, mais sans ventilation mécanique</li> <li>Aggravation <math>\leq 7</math> jours après le début des symptômes</li> <li>Critères de vulnérabilité</li> <li>Pas de prescription si survie estimée &lt; 6 mois</li> <li>Peut être administré durant 3 jours, uniquement chez un patient non oxygénodépendant pour prévenir l'évolution vers une maladie sévère</li> </ul>	Hypersensibilité, DFGe < 30 ml/min, ALAT > 5x la norme	Tests hépatiques et fonction rénale avant et sous traitement, interactions médicamenteuses	Nausées, rash, thrombocytopenie, hyperglycémie, élévation des transaminases, atteinte rénale, hypersensibilité

tique et tensionnel, chez des patients ayant des antécédents plus fréquents d'hémorragie digestive haute, diverticulose, maladies cardiovasculaires, diabète, troubles cognitifs et polymédication.

#### Tocilizumab

En cas d'atteinte sévère, chez les patients déjà sous corticothérapie et avec une évolution non favorable dans les 12 heures, particulièrement lorsque les marqueurs inflammatoires sont élevés, l'adjonction d'une dose d'anti-IL-6 (interleukine 6) est recommandée.<sup>21</sup> Le bénéfice d'une 2<sup>e</sup> dose n'est pas clairement établi et cette dernière ne devrait être administrée qu'en cas de péjoration clinique.

Selon notre pratique, cette molécule devrait être prescrite chez les patients âgés robustes – l'âge seul n'étant pas un critère pour y renoncer –, dans les mêmes indications et avec les mêmes précautions d'usage que chez les plus jeunes. Une étude espagnole réalisée chez des patients > 80 ans ayant une forme sévère a montré que le tocilizumab associé aux stéroïdes pouvait être une option thérapeutique efficace.<sup>22</sup> Néanmoins, il est nécessaire de s'assurer de l'absence de complications infectieuses après administration de ces traitements.<sup>23</sup>

#### Baricitinib

Cet anticorps anti-JAK1/JAK2 peut être proposé en alternative au tocilizumab et avec la même efficacité mais ceci a été démontré dans une population avec un âge moyen de 57 ans et sans effet significatif sur la mortalité dans une analyse de sous-groupe chez les > 65 ans.<sup>24</sup> À noter que la première dose devrait être doublée chez les patients sévèrement atteints et qu'une prévention systématique de la maladie thromboembolique veineuse est requise.

Pour ces 2 dernières molécules, le bilan doit être complété par un dépistage de l'hépatite B sans retarder l'instauration du traitement. En cas d'hépatite B chronique, un antiviral anti-VHB (virus de l'hépatite B) doit être introduit. Le dépistage systématique de la tuberculose n'est pas recommandé.

#### Anticorps monoclonaux antiprotéine S du SARS-CoV-2

Leur prescription intrahospitalière en cas de pneumonie sévère n'est quasiment plus d'actualité puisque ce traitement a perdu son efficacité contre le variant Omicron BA.2 devenu dominant à Genève.

#### Remdésivir

Aux HUG, il reste une option chez des patients vulnérables sélectionnés qui présentent une infection confirmée cliniquement et radiologiquement et s'aggravant précocement à < 7 jours en pesant le rapport bénéfice/risque.

#### **Autres traitements non spécifiques**

L'oxygénothérapie, l'assistance respiratoire, la thromboprophylaxie et les soins symptomatiques ou palliatifs font partie intégrante du traitement.

L'oxygénothérapie est largement utilisée à l'aide de divers dispositifs, allant des lunettes au masque Venturi. Il est à noter que l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) permettant de délivrer une FiO<sub>2</sub> (fraction inspirée en oxygène) jusqu'à 100%

a montré son bénéfice parmi les populations âgées.<sup>25</sup> Cependant, le décubitus ventral permettant une amélioration des rapports PaO<sub>2</sub> (pression artérielle d'oxygène)/FiO<sub>2</sub> peut être plus difficile à tolérer (inconfort, troubles cognitifs...).

Au cours de l'infection, le risque d'événement thromboembolique (veineux principalement mais aussi artériel) est particulièrement élevé, d'autant plus en cas d'admission aux soins intensifs. Les dernières recommandations conseillent une thromboprophylaxie classique durant l'hospitalisation et son arrêt à la sortie. L'antibiothérapie ne doit pas être prescrite systématiquement à l'admission, car à ce moment-là, les surinfections pulmonaires bactériennes sont rares. Une étude chez des patients âgés ayant une pneumonie Covid-19 a montré qu'un traitement antibiotique précoce n'était pas associé à une réduction de la mortalité hospitalière.<sup>26</sup> Enfin, il est important de considérer la prise en charge palliative à part entière dans le traitement du Covid-19 et de discuter du plan de soins anticipés le plus précocement possible.<sup>27</sup>

## VACCINATION ET PRÉVENTION

La vaccination est primordiale chez les personnes âgées et vise à assurer leur protection contre les évolutions sévères de la maladie et à réduire ou prévenir les hospitalisations et les décès.<sup>28</sup> En Suisse, ce sont principalement les vaccins à ARNm de Pfizer/BioNTech (BNT162b2) et de Moderna (mRNA-1273) qui sont prescrits à un mois d'intervalle, avec un rappel actuellement indiqué 4 mois après la dernière dose. Une étude israélienne a mis en évidence l'efficacité du rappel du BNT162b2 chez les personnes de > 60 ans.<sup>29</sup> Les nouveaux variants du SARS-CoV-2 ont rebattu les cartes dans la prévention en raison de leur potentiel d'échappement immunitaire. Omicron en particulier, au vu du nombre important de ses mutations situées sur le gène codant pour la protéine S du SARS-CoV-2 et contenu dans le vaccin, requiert une quantité d'anticorps bien plus importante pour prévenir l'infection, et rend la 3<sup>e</sup> dose cruciale pour restaurer la protection contre l'infection et la maladie sévère.

En Suisse, les anticorps monoclonaux anti-S (Spike) du SARS-CoV-2 ne sont pas validés en prophylaxie post ou pré-expositionnelle et, de ce fait, ils ne sont pas remboursés, y compris chez la personne âgée chez laquelle ils pourraient avoir un rôle.

Enfin, il est important de rappeler que les bonnes pratiques d'hygiène restent plus que jamais indispensables.

## CONCLUSION

La pandémie due au SARS-CoV-2 a un impact considérable sur les personnes âgées, qui font partie de la population à risque. Le diagnostic doit être posé le plus rapidement possible pour prévenir les complications et la forme grave et débiter les traitements précoces. Certaines thérapies peuvent être impactées par les mutations présentes chez les nouveaux variants (anticorps monoclonaux antiprotéine S). En cas de pneumonie hypoxémiante, le traitement préconisé à l'heure actuelle reste l'oxygénothérapie et les corticostéroïdes en

premier lieu puis, en cas d'aggravation, le tocilizumab et plus rarement le baricitinib. Le remdésivir est à discuter au cas par cas et indiqué si les symptômes datent de moins de 7 jours. Enfin, la vaccination reste une arme majeure pour diminuer la contamination ainsi que les formes graves en cas d'infection et l'injection de rappel est primordiale. L'apparition de variants du SARS-CoV-2 représente un défi nouveau en raison de leur impact potentiel sur les traitements et l'efficacité vaccinale. Enfin, il est plus que jamais nécessaire de développer la recherche clinique dans les infections du sujet âgé afin d'optimiser leur prise en charge.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**Remerciements:** Les auteurs remercient la Pr Alexandra Calmy pour sa relecture et ses conseils ainsi que le groupe de travail des recommandations institutionnelles médico-soignantes des HUG.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'infection à SARS-CoV-2 chez les personnes âgées est associée à une mortalité élevée, notamment à cause des comorbidités associées et d'une baisse des réserves fonctionnelles
- Le diagnostic peut être retardé chez les patients âgés fragiles et dépendants au vu d'une symptomatologie souvent atypique et doit être facilement évoqué
- La prise en charge immédiate des symptômes modérés à sévères est primordiale pour diminuer la mortalité et les complications
- Le Covid-19 a un impact plus global que l'infection elle-même, avec un isolement social, un déconditionnement physique et des troubles anxiodépressifs, ainsi qu'un déclin cognitif et une baisse de la qualité de vie
- La prévention de la maladie sévère, que ce soit par la vaccination ou l'administration de traitements précoces, doit être particulièrement encouragée dans cette population

### STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

Une recherche bibliographique informatique a été effectuée sur MEDLINE (National Library of Medicine, Bethesda, MD, États-Unis). Les mots-clés utilisés comprenaient «Covid-19» OU «SARS-CoV-2», «elderly» OU «older» OU «nursing home». Compte tenu du nombre considérable d'articles publiés, nous avons restreint les recherches en ajoutant le filtre «âge ≥ 65 ans». Enfin, les sujets spécifiques relatifs au Covid-19 chez les patients âgés ont été sélectionnés selon leur pertinence et discutés dans cet article.

1 World Health Organization. Weekly Epidemiological Update on COVID-19 – 1 March 2022. Disponible sur : [www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-march-2022](http://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-march-2022)

2 Roelens M, Martin A, Friker B, et al. Evolution of COVID-19 Mortality Over Time: Results from the Swiss Hospital Surveillance System (CH-SUR). *Swiss Med Wkly* 2021;151:w30105.

3 \*Annweiler C, Sacco G, Salles N, et al. National French Survey of COVID-19 Symptoms in People Aged 70 and Over. *Clin Infect Dis* 2020;72:490-4.

4 Shao SC, Lai CC, Chen YH, et al. Prevalence, Incidence and Mortality of Delirium in Patients with COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Age Ageing* 2021;50:1445-53.

5 Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina F, et al. The Effect of Age on Mortality in Patients with COVID-19: A Meta-Analysis with 611,583 Subjects. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21:915-8.

6 Tiseo G, Yahav D, Paul M, et al. What Have We Learned from the First to the Second Wave of COVID-19 Pandemic? An International Survey from the ESCMID Study Group for Infection in the Elderly (ESGIE) Group. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2021;41:281-8.

7 \*\*Covino M, Russo A, Salini S, et al. Frailty Assessment in the Emergency Department for Risk Stratification of COVID-19 Patients Aged ≥80 Years. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22:1845-52.e1.

8 Pranata R, Henrina J, Lim MA, et al. Clinical Frailty Scale and Mortality in

COVID-19: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2021;93:104324.

9 Leibovici L. Long-Term Consequences of Severe Infections. *Clin Microbiol Infect* 2013;19:510-2.

10 \*Walle-Hansen MM, Ranhoff AH, Mellingsæter M, Wang-Hansen MS, Myrstad M. Health-Related Quality of Life, Functional Decline, and Long-Term Mortality in Older Patients Following Hospitalisation Due to COVID-19. *BMC Geriatr* 2021;21:199.

11 Tosato M, Carfi A, Martis I, et al. Prevalence and Predictors of Persistence of COVID-19 Symptoms in Older Adults: A Single-Center Study. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22:1840-4.

12 Prendki V, Tau N, Avni T, et al. A Systematic Review Assessing the Under-Representation of Elderly Adults in COVID-19 Trials. *BMC Geriatr* 2020;20:538.

13 \*\*Recommandations institutionnelles médico-soignantes des HUG. Disponible sur : [www.intrahug.ch/groupe/coronavirus-de-la-maladie-covid-19/pages/recommandations-institutionnelles-medico-soignantes](http://www.intrahug.ch/groupe/coronavirus-de-la-maladie-covid-19/pages/recommandations-institutionnelles-medico-soignantes)

14 Société suisse d'infectiologie. Statement SSI 30.03.2020. Experimental therapies for COVID-19. Disponible sur : [www.sginf.ch/files/2020-03-30\\_statement\\_ssi.pdf](http://www.sginf.ch/files/2020-03-30_statement_ssi.pdf)

15 Gupta A, Gonzalez-Rojas Y, Juarez E, et al. Early Treatment for Covid-19 with SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody Sotrovimab. *N Engl J Med* 2021;385:1941-50.

16 O'Brien MP, Forleo-Neto E, Musser BJ, et al. Subcutaneous REGEN-COV Antibody

Combination to Prevent Covid-19. *N Engl J Med* 2021;385:1184-95.

17 Gottlieb RL, Vaca CE, Paredes R, et al. Early Remdesivir to Prevent Progression to Severe Covid-19 in Outpatients. *N Engl J Med* 2021;386:305-15.

18 RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2020;384:693-704.

19 Sahu AK, Mathew R, Bhat R, et al. Steroids Use in Non-Oxygen Requiring COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *QJM* 2021;114:455-63.

20 Gally L, Tran VT, Perrodeau E, et al. Fourteen-Day Survival Among Older Adults with Severe Infection with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Treated with Corticosteroid: A Cohort Study. *Clin Microbiol Infect* 2021;27:1145-50.

21 Salama C, Han J, Yau L, et al. Tocilizumab in Patients Hospitalized with Covid-19 Pneumonia. *N Engl J Med* 2021;384:20-30.

22 Duarte-Millán MA, Mesa-Plaza N, Guerrero-Santillán M, et al. Prognostic Factors and Combined Use of Tocilizumab and Corticosteroids in a Spanish Cohort of Elderly COVID-19 Patients. *J Med Virol* 2022;94:1540-9.

23 Falcone M, Tiseo G, Giordano C, et al. Predictors of Hospital-Acquired Bacterial and Fungal Superinfections in COVID-19: A Prospective Observational Study. *J Antimicrob Chemother* 2021;76:1078-84.

24 Marconi VC, Ramanan AV, de Bono S, et al. Efficacy and Safety of Baricitinib for the Treatment of Hospitalised Adults with

COVID-19 (COV-BARRIER): A Randomised, Double-Blind, Parallel-Group, Placebo-Controlled Phase 3 Trial. *Lancet Respir Med* 2021;9:1407-18.

25 Hacquin A, Perret M, Manckoundia P, et al. High-Flow Nasal Cannula Oxygenation in Older Patients with SARS-CoV-2-Related Acute Respiratory Failure. *J Clin Med* 2021;10:3515.

26 Putot A, Bouiller K, Laborde C, et al. Association between Early Antibiotic Therapy and In-Hospital Mortality among Older Patients with SARS-CoV-2 Pneumonia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2021;peub ahead of print.

27 \*Kuzuya M, Aita K, Katayama Y, et al. The Japan Geriatrics Society Consensus Statement « Recommendations for Older Persons to Receive the Best Medical and Long-Term Care During the COVID-19 Outbreak-Considering the Timing of Advance Care Planning Implementation ». *Geriatr Gerontol Int* 2020;20:1112-9.

28 \*Mazagatos C, Monge S, Olmedo C, et al. Effectiveness of mRNA COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infections and COVID-19 Hospitalisations and Deaths in Elderly Long-Term Care Facility Residents, Spain, Weeks 53 2020 to 13 2021. *Euro Surveill* 2021;26:2100452.

29 Bar-On YM, Goldberg Y, Mandel M, et al. Protection of BNT162b2 Vaccine Booster against Covid-19 in Israel. *N Engl J Med* 2021;385:1393-400.

\* à lire  
\*\* à lire absolument