

# LES NOUVELLES DU PRINTEMPS

## SURVEILLANCE

Vous êtes déjà 79 à avoir **validé vos données de l'année 2023** !

Pour les autres, il vous reste jusqu'au 20 avril pour finaliser la saisie et **envoyer vos données**

Pour l'inscription 2024 : c'est [ici](#)

| SAISIE DES FICHES en 2023 |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| →                         | Nouvelle fiche service   |
| →                         | Modifier fiche service   |
| →                         | Nouvelle fiche patient   |
| →                         | Recherche de fiches      |
| →                         | Vérification des données |
| →                         | Récupération des données |
| →                         | Gestion de la corbeille  |
| →                         | Envoi des données        |

**Application Web REA-REZO** : vous pouvez désormais visualiser **la tendance de certains indicateurs** au cours du temps

| RESULTATS en 2022 |  |
|-------------------|--|
| →                 | Etablissement - tous patients            |
| →                 | Etablissement - évolution <b>Nouveau</b> |

Cette fonctionnalité est en cours d'amélioration, si vous avez des suggestions d'ajout de tableau ou graphique à visualiser, n'hésitez pas à nous en faire part !

## PUBLICATIONS

Association entre la décontamination digestive sélective et la diminution du taux de candidémie acquise chez les patients intubés en réanimation :

dans cette étude, la DDS a été associée à un taux plus faible de candidémie acquise en réanimation qui ne se traduit pas par une survie plus élevée.

Toutes les publications sont à retrouver sur [le site](#).

Pour rappel, la base de données est accessible à tout participant qui souhaite proposer un projet d'études : [charte](#) - [fiche projet](#)



## DONNÉES DES IMMUNODEPRIMÉS (1/3)

Données REA-REZO 2022

|  | Patients immunodéprimés |                      |                              |                     | Total N=27064 |               |
|--|-------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------|---------------|---------------|
|  | Oui n=4499 (16,7%)      | Aplasia n=694 (2,6%) | Non aplasique n=3805 (14,1%) | Non n=22565 (83,4%) |               |               |
| Age (med [IQ1 - IQ3])  | 66 [56-73]              | 64 [54-71]           | 66 [57-73]                   | 65 [54-74]          | 65 [54-73]    |               |
| Sexe n (% H)   | 2872 (63,8%)            | 445 (64,1%)          | 2427 (63,8%)                 | 14556 (64,5%)       | 17428 (64,4%) |               |
| Catégorie diag.  | Médicale n (%)          | 541 (78%)            | 2912 (76,6%)                 | 16684 (74%)         | 20137 (74,4%) |               |
|  | Chir urgente n (%)      | 742 (16,5%)          | 117 (16,9%)                  | 625 (16,4%)         | 3753 (16,6%)  | 4495 (16,6%)  |
|  | Chir réglée n (%)       | 303 (6,7%)           | 36 (5,2%)                    | 267 (7%)            | 2116 (9,4%)   | 2419 (8,9%)   |
| Traumatisé n (%)   | 168 (3,7%)              | 71 (10,2%)           | 97 (2,6%)                    | 1938 (8,6%)         | 2106 (7,8%)   |               |
| Origine du pat   | Domicile                | 317 (45,7%)          | 1825 (48%)                   | 14294 (63,4%)       | 16436 (60,8)  |               |
|  | SLD/Ehpad/EMS           | 103 (2,3%)           | 16 (2,3%)                    | 87 (2,3%)           | 386 (1,7%)    | 489 (1,8%)    |
|  | Autre ES                | 2250 (50,1%)         | 360 (51,9%)                  | 1890 (49,7%)        | 7862 (34,9%)  | 10112 (37,4%) |
| IGSII (med [IQ1 - IQ3])                                      | 47 [36-61]              | 50 [37-64]           | 46 [36-60]                   | 42 [31-57]          | 43 [32-58]    |               |
| Pneumopathies liées à l'intubation / 1000 jours d'intubation | 23,32                   | 14,19                | 24,88                        | 21,62               | 21,91         |               |
| Bactériémies / 1000 jours d'hospitalisation en réanimation   | 4,92                    | 5,16                 | 4,88                         | 4,02                | 4,18          |               |
| BLC / 100 patients avec cathéter                             | 1,07                    | 0,58                 | 1,17                         | 0,67                | 0,74          |               |



## DONNÉES DES IMMUNODEPRIMÉS (2/3)

### Infections chez les immunodéprimés.

#### Est-ce qu'on passe à côté de la plaque ?

Une récente publication de L Kreitmann dans Intensive Care Medicine (2023) (1) a été consacrée au risque de colonisation et d'infection par des bactéries multirésistantes chez les immunodéprimés hospitalisés dans 8 services de réanimation français. Les malades étiquetés immunodéprimés présentaient les affections suivantes : cancer solide depuis moins de 5 ans, affection maligne hématologique, neutropénie, transplantation d'organe solide, VIH, maladie génétique de l'immunité. Les colonisations (écouvillonnage) et les infections ont été étudiées selon les méthodes habituelles. La présence de comorbidités, la notion d'hospitalisation antérieure et/ou d'antibiothérapie dans les 3 derniers mois, les défaillances d'organe, les dispositifs invasifs et les antibiotiques administrés depuis l'admission en réanimation ont permis d'ajuster les comparaisons entre les immunocompétents et les immunodéprimés. Sur 750 patients (Mai 2019 – Janvier 2020) comportant 486 immunocompétents (64,8 %) et 264 immunodéprimés (35,2 %), il n'y a pas eu de différence significative concernant la colonisation et/ou l'infection dans les 2 groupes, voire même un avantage chez les immunodéprimés. Comme l'exposition aux antibiotiques était identique entre les deux groupes, une moindre exposition des immunodéprimés à la transmission croisée est proposée comme explication.

→ Ce travail remarquable renvoie vers la définition des immunodéprimés dans le protocole de REA-REZO.

Dans REA-REZO, on utilise une classification partiellement issue de l'APACHE 2, le score de gravité classique provenant des USA.

**1 = aplasie < 500 PN :**

Aplasie vraie avec moins de 500 polynucléaires neutrophiles circulants

**2 = autre type d'immunodépression :**

Par traitements (chimiothérapie, radiothérapie, immunosuppresseurs, corticoïdes au long cours ou à fortes doses récemment) et/ou par maladie (leucémie, lymphome, SIDA).

On admet classiquement par corticothérapie prolongée (supérieure ou égale à 14 j), et à forte dose (supérieure ou égale à une dose équivalente de 20 mg/j de prednisone).

**3 = non immunodéprimé**

Absence d'immunodépression

**9 = situation inconnue**

## DONNÉES DES IMMUNODEPRIMÉS (3/3)

Dans un deuxième article, L Kreitmann (2) recense toutes les situations cliniques qui font de nombreux patients de réanimation des patients immunodéprimés. En effet, nombre de patients en soins intensifs ne présentent pas d'immunosuppression apparente, mais des conditions sous-jacentes ou le développement de déficience immunitaire à la suite d'un sepsis, d'un traumatisme ou d'une intervention majeure. Dans les conditions sous-jacentes responsables d'altération importante de l'immunité, on peut noter le diabète, la cirrhose et les BPCO. Or toutes ces pathologies chroniques sont incluses dans les scores de comorbidités comme le score de Charlson ou, plus précis, le score d'Elixhauser, calculables à partir des données du PMSI remplies par tous. On peut citer par exemple en France la surveillance des infections du site opératoire par le réseau SPICMI (3). On peut imaginer une évolution du réseau vers une collaboration avec les médecins du PMSI pour mieux évaluer les situations conduisant à une immunosuppression.

### Bibliographie

1. Kreitmann L, Vasseur M, Jermoumi S, Perche J, Richard JC, Wallet F, et al. Relationship between immunosuppression and intensive care unit-acquired colonization and infection related to multidrug-resistant bacteria: a prospective multicenter cohort study. *Intensive Care Med.* févr 2023;49(2):154-65.
2. Kreitmann L, Helms J, Martin-Loeches I, Salluh J, Poulakou G, Pène F, et al. ICU-acquired infections in immunocompromised patients. *Intensive Care Med.* mars 2024;50(3):332-49.
3. Picard J, Nkoumazok B, Arnaud I, Verjat-Trannoy D, Astagneau P. Comorbidities directly extracted from the hospital database for adjusting SSI risk in the new national semiautomated surveillance system in France: The SPICMI network. *Infect Contrl Hosp Epidemiol.* janv 2024;45(1):27-34.

