

Complications infectieuses chez les patients lupiques suivis au Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle-Calédonie entre 2010 et 2019.

1 Hugo LETOURNEL, PH-C, Service de Médecine Interne, Immunologie, Hématologie clinique, CH Périgueux, FRANCE

2 Vincent DINOT Université de Lorraine, CHRU-Nancy, Section Médecine Physique et Réadaptation, 54511 Vandœuvre-Lès-Nancy cedex, FRANCE

3 Nicolas QUIRIN Département de Néphrologie, Centre hospitalier Territorial Gaston Bourret, Nouméa Cedex, Nouvelle Calédonie, FRANCE

4 Cécile CAZORLA Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Centre hospitalier Territorial Gaston Bourret, Nouméa Cedex, Nouvelle Calédonie, FRANCE



Introduction :

Malgré une diminution de la mortalité du lupus, celle-ci reste plus élevée que dans la population générale et les causes infectieuses sont la 2ème cause de décès. L'objectif de cette étude est d'analyser le taux d'infections des personnes atteintes de lupus en Nouvelle-Calédonie, de les décrire et d'identifier les sous-groupes à risque.

Matériel et Méthodes :

Étude rétrospective des patient-e-s suivi-e-s pour un lupus entre 2010 et 2019 en Médecine interne et en Néphrologie en Nouvelle-Calédonie. Nous avons analysé les germes, les types d'infections et la gravité ainsi que les facteurs démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques associés.

Résultat

Les dossiers de 175 personnes ont été inclus : 97 patient-e-s ont présenté 338 Infections : 68 % ont été hospitalisé-e-s dont 10 % en réanimation. 7 décès sur 14 (50%) étaient de cause infectieuse.

78 % des infections étaient bactériennes, 12 % virales.

L'analyse univariée retrouvait une association significative entre infection et

- âge jeune au diagnostic,
- ethnologie déclarée non caucasienne,
- score ACR 2019 plus élevé,
- atteinte rénale,
- anémie hémolytique auto-immune,
- lymphopénie CD4,
- Hypogammaglobulinémie,
- traitement par Prednisone < 15 mg/j,
- immunosuppresseurs ou biothérapie.

Après utilisation d'un modèle de régression logistique, étaient significativement associés au risque d'infection :

- le facteur ethnique,
- l'anémie hémolytique auto-immune
- la dialyse

Discussion

Cette étude est la 1ère en Nouvelle-Calédonie traitant de ce sujet

La littérature décrit peu de surrisque infectieux indépendant du traitement dans l'AHAI et cette donnée mériterait d'être vérifiée dans d'autres études.

Un surrisque d'infection lié à l'ethnologie était déjà décrit pour d'autres populations : Cela pourrait-être dû à une composante génétique mais aussi à une données non disponible (manque d'observance, différence socio-culturelle, financière...)

Il manquait trop de données pour évaluer le rapport entre infection, taux de CD4 bas et hypogammaglobulinémie.

Notre étude ne retrouvait qu'une tendance non significative entre surrisque infectieux et traitements - contrairement à la littérature - probablement en rapport avec un manque de puissance.

Il existait un probable biais de sélection des patient-e-s plus sévères à l'hôpital Le caractère rétrospectif entraîne un biais d'informations avec un certain nombre de données manquantes.

Conclusion :

Notre étude retrouve 338 infection chez 97 patient-e-s (55%) et 7 décès (50%) de cause infectieuse. Elle met en évidence une association entre le risque infectieux et l'ethnologie non caucasienne ainsi qu'avec la présence d'une Anémie Hémolytique Auto-Immune. La dialyse était aussi identifiée comme facteur de risque indépendant d'infection.

Notre travail n'a pas permis de confirmer en analyse multivariée l'association entre risque infectieux et traitements probablement du fait de l'effectif mais il soulève des questionnements concernant l'implication ethnologie et le mode de vie.

Tableau 1 : Analyse multivariée du surrisque infectieux

	Patient-e-s sans infections : Nombre (%)	Patient-e-s avec infections : Nombre (%)	P value univarié	OR ajusté (IC à 95%)	P value multivarié
Total	78 (100)	97 (100)			
Démographie					
Ethnie			<0,001	6.41 (1.63 - 31.88)	0,0126
Caucasien	17 (25)	6 (6,3)			
Non Caucasien	51 (75)	89 (94)			
Atteintes clinico-biologiques					
Rénale	24 (31)	62 (64)	<0.001	2.05 (0.49 - 8.64)	0,3235
Dialyse	1 (1,3)	27 (28)	<0,001	8.95 (1.45 – 176.73)	0,0494
AHAI	7 (9.0)	24 (26.0)	0.004	4.91 (1.38 – 21.75)	0,0213
Leucopénie	14 (18)	18 (20)	0.79	1.72 (0.54 – 5.80)	0,3634
Anti-DNA natifs	51 (70)	68 (76)	0.35	0.43 (0.15 - 1.16)	0,1029
Traitements					
Hydroxychloroquine	75 (96)	84 (91)	0,2	1.11 (0.10 - 14.65)	0,9332
Corticoides > 15 mg/j	36 (49)	70 (73)	0.001	1.40 (0.51 – 3.81)	0,506
Azathioprine	17 (22)	27 (28)	0.36	1.21 (0.39 – 3.80)	0,737
Cyclophosphamide	13 (17)	48 (49)	<0.001	1.49 (0.50 – 4.55)	0,4732
Mycophenolate Mofetil	19 (24)	51 (53)	<0.001	1.23 (0.34 – 4.33)	0,7502
Methotrexate	13 (17)	9 (9.3)	0.14	1.81 (0.47 – 7.24)	0,3885
Rituximab	3 (3.8)	14 (14)	0.019	4.04 (0.90 – 25.29)	0,091

Tableau 2 : Caractéristiques des infections

Nombre de patient-e-s avec une infection	97 (55%)
Total d'infections	338 (100)
Site d'infection	
Pulmonaire	71 (21)
Urinaire	70 (21)
Digestif	31 (9.2)
SNC	9 (2.7)
Cutanée	95 (28)
Bactériémie	39 (12)
Ostéo-Articulaire	5 (1.5)
Cardiaque	2 (0.6)
Génitale	5 (1.5)
Autre	9 (2.7)
Germe retrouvé : N=337	
Bactérie	262 (78)
Virus	39 (12)
Parasite	15 (4.5)
Mycobactérie	2 (0.6)
Fongique	10 (3.0)
Inconnue	10 (3.0)
Type de Prise en Charge : N=324	
Ambulatoire	104 (32)
Hospitalière non réanimatoire	187 (58)
Réanimatoire	33 (10)

