

	NEPH-FT017	Prise en charge de l'infection du liquide de DP (péritonite)	Signature de l'approbateur
	Version B		Natalia TARGET
	Page 1/6		Chef du service de néphrologie-dialyse Le 10/05/2019

Préambule :

C'est la complication infectieuse majeure en DP.

Manifestations cliniques de péritonite :

- Liquide trouble
- Douleurs abdominales
- +/- fièvre
- +/- troubles du transit. Chez le sujet âgé les symptômes digestifs sont fréquents.

*« L'aspect trouble du dialysat est le principal signe de l'infection et survient précocement.
Le patient en dialyse péritonéale doit être éduqué à évaluer la turbidité du dialysat »*

Toute suspicion ou diagnostic de péritonite se prend en charge en hospitalisation :

Après installation par l'équipe soignant de néphrologie, prise des constantes vitales :

- Réaliser un prélèvement bactériologique par écouvillonnage de l'orifice de l'émurgence si celui-ci a un aspect inflammatoire ou en cas d'écoulement.
- Prélever systématiquement du liquide de DP après application durant cinq minutes de BETADINE jaune sur le site de prélèvement de la poche de vidange drainée sur place, ou apportée par le patient (après l'avoir secouée dans ce cas) :
 - o un flacon stérile à ECBU sur lequel on effectuera dans le service une recherche de leucocytes avec une bandelette urinaire
 - o un second flacon stérile à ECBU, sur lequel on effectuera l'examen cytologique du dialysat : examen direct avec coloration de gram adresser au laboratoire pour cytologie.
 - o un flacon d'hémoculture anaérobie et un flacon d'hémoculture aérobie, en mettant 10 ml de dialysat dans chaque flacon pour la mise en culture du dialysat.

Note : Utiliser un bon de bactériologie classique, en précisant « liquide de dialyse péritonéale » pour la nature du prélèvement. Pour l'envoi au laboratoire, grouper le flacon d'ECBU et les 2 flacons d'hémoculture dans une même poche accompagnés des renseignements cliniques.

- Réaliser trois lavages successifs, sans stase, de la cavité péritonéale avec une solution glucosé isotonique 1,36%, soit 3 poches de 2 litres, avec prélèvement pour cytologie et bactériologie du liquide de drainage des poches 1 et 3.

	NEPH-FT017	Prise en charge de l'infection du liquide de DP (péritonite)	Signature de l'approbateur
	Version B		Natalia TARGET
	Page 2/6		Chef du service de néphrologie-dialyse Le 10/05/2019

Transfert en DPCA dans les premières heures de l'arrivée:

- 4 échanges journaliers composés de :
 - o Solution glucosé isotonique 1.36% 2000 ml stase 4hs
 - o Solution d'acides aminés 1.5% 2000 ml stase 4hs
 - o Solution glucosé isotonique 1.36% 2000 ml stase 4hs
 - o Solution d'icodextrine 7.5% 2000 ml stase longue de nuit 12hs

Les échanges en DPCA permettent de surveiller l'aspect du dialysat. En outre, la pharmacocinétique des antibiotiques n'a souvent été étudiée qu'en DPCA.

Note : « L'infection péritonéale s'accompagne souvent d'une perte d'ultrafiltration »

Application d'héparine standard :

- 500UI/Lt de dialysat à chaque échange en DPCA et pendant toute la durée de l'hospitalisation pour péritonite.

« L'héparine a un effet anti-inflammatoire et prévient les difficultés de drainage causés par la présence de fibrine. »

Examens complémentaires possibles selon prescription médicale :

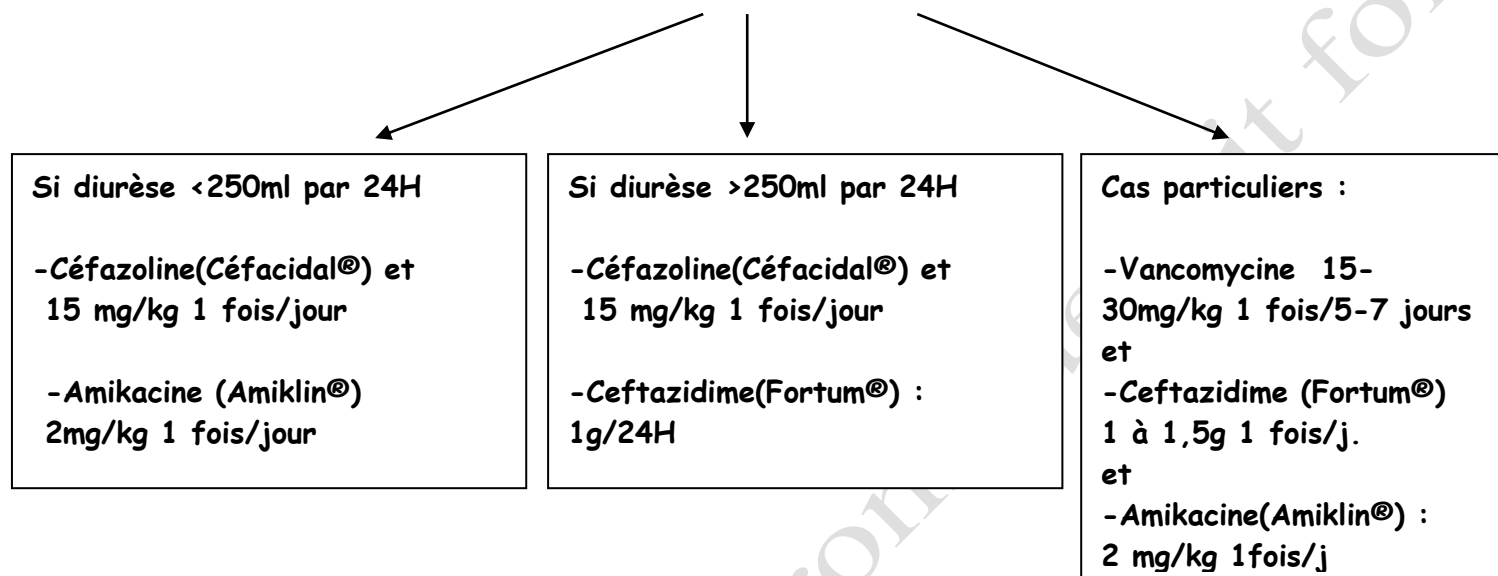
- Radiographie de l'abdomen centrée sur les coupes en cas de douleur intense pour dépister un pneumopéritoine pouvant témoigner d'une perforation d'un organe creux.
- Des explorations digestives devront être réalisées en cas d'infection péritonéale à bacille gram négatif et/ou plurimicrobienne (échographie, scanner abdominal, coloscopie devront être envisagés).

Note : « Le résultat des examens complémentaires n'est pas indispensable avant de débuter un traitement antibiotique empirique ».

	NEPH-FT017	Prise en charge de l'infection du liquide de DP (péritonite)	Signature de l'approbateur
	Version B		Natalia TARGET
	Page 3/6		Chef du service de néphrologie-dialyse Le 10/05/2019

Traitement curatif : l'antibiothérapie

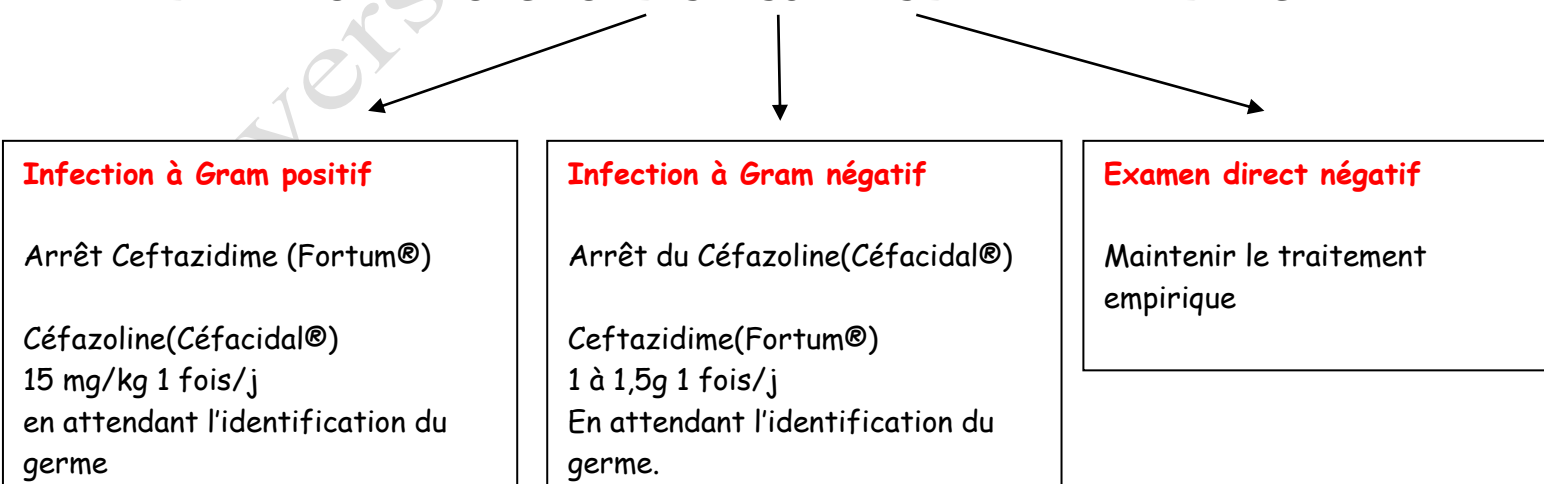
TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE EMPIRIQUE



Cas particuliers

- patients à haut risque de perforation digestive (diverticulite, sigmoidite...)
- infection péritonéale récente (inférieure à 1 mois), déjà traitée par antibiotiques
- infection chez immunodéprimé
- infection nosocomiale
- patient porteur de Staphylocoque méthicilline résistant connu

ADAPTATION EN FONCTION DES RESULTATS DE L'EXAMEN DIRECT



	NEPH-FT017	Prise en charge de l'infection du liquide de DP (péritonite)	Signature de l'approbateur
	Version B		Natalia TARGET
	Page 4/6		Chef du service de néphrologie-dialyse Le 10/05/2019

Infections à Gram Positifs :

- 1) **Staphylocoque aureus et staphylocoque epidermidis**

o Si la souche est méthicilline sensible

- Céfazoline(Céfacidal®) : 15 mg/kg dans une poche 1 fois par 24H soit 1g/24H. *Durée du traitement :14 jours.*

NB : Si infection à Staphylocoque aureus la recherche d'un portage nasal et au niveau de l'orifice de sortie est nécessaire.

o Si la souche est méthicilline résistante

- o Vancomycine : 15-30mg/kg dans une poche 1 fois/24H (maximum 1.5 g) tous les 5-7 j

Remarque : Si la souche est vancomycine résistante utiliser:

- o Linezolide (ZYVOXID®) OU quinupristine/dalfopristine (SYNERCID®) per os.

Durée du traitement : 2 semaines (3 semaines si staphylocoque aureus méthicilline résistant)

- 2) **Streptocoque et entérocoque**

- o Amoxicilline : 250mg/poche à chaque échange en IP
- o Amikacine(Amiklin®) : 2mg/kg dans une poche 1 fois /24H pendant 3 jours pour avoir une synergie d'action sur les entérocoques.

Durée du traitement : 3 semaines.

Si résistance à amoxicilline :

- o Vancomycine :15-30mg/kg dans une poche 1 fois/24H (maximum 1.5g) tous les 5-7j.

Durée du traitement : 3 semaines.

Remarque : Entérocoques vancomycine résistant utiliser :

Linezolide (Zyvoxid®) OU quinupristine/dalfopristine (Synercid®) per os (attention non actif sur E. faecalis)

	NEPH-FT017	Prise en charge de l'infection du liquide de DP (péritonite)	Signature de l'approbateur
	Version B		Natalia TARGET
	Page 5/6		Chef du service de néphrologie-dialyse Le 10/05/2019

Infections à Gram négatifs :

1) *Pseudomonas aeruginosa*

« Toujours utiliser 2 antibiotiques ayant des mécanismes d'action différents » :

- Ceftazidime (**Fortum®**) :1g/24H
- +Amikacine(**Amiklin®**) :2mg/kg dans une poche 1 fois par 24H soit 125mg/24H.

Durée du traitement : 3 semaines. Discuter le relais par la ciprofloxacin (Ciflox®) per os.

- **Attention : Ablation du cathéter très souvent nécessaire.**

2) *Autres bactéries*

- Ceftriaxone (Rocéphine®) :1g /24H IP.

Si le cathéter est retiré continuer le traitement en IV.

Durée du traitement : 3 semaines.

Culture négative

Traiter comme une infection à Staphylocoque epidermidis.

	NEPH-FT017	Prise en charge de l'infection du liquide de DP (péritonite)	Signature de l'approbateur
	Version B		Natalia TARGET
	Page 6/6		Chef du service de néphrologie-dialyse Le 10/05/2019

Infections péritonéales d'origine fongique.

A suspecter si :

- Traitement antibiotique préalable
- Réapparition d'un liquide trouble sous antibiothérapie,
- Résistance d'une infection péritonéale sous traitement

Demander spécifiquement : Recherche de levure en bactériologie.

Il est conseillé de retirer le cathéter.

Traitement :

- Caspofungine OU
- Fluconazole OU
- Voriconazole
- + Flucytosine
- + Héparine standard 500 unité/L, jusqu'à l'obtention d'un liquide clair.

Si retrait du cathéter :

Traitement continué per os avec :

- Flucytosine 1g
- + Fluconazole 100-200mg/j durant 10 jours

Durée traitement : 2-3 semaines. (Dans tous les cas poursuivre 10 jours après l'ablation du cathéter).