
	<b>SUSPICION PERITONITE</b>		
MO/CHPO/PPDIA/08	Version 1	Date de la dernière révision : SANS OBJET	Page : 1/5
Motif principal de la révision : SANS OBJET			

### **1. OBJET / FINALITE**

Le protocole a pour objectif de décrire la conduite à tenir en cas de suspicion de péritonite en unité de soins ou en consultations spécifiques à la dialyse péritonéale.

### **2. DOMAINE D'APPLICATION**



Le protocole s'applique pour tout patient pris en charge en service de néphrologie et à la consultation de dialyse péritonéale.

### **3. LISTE DE DIFFUSION**

Le protocole s'adresse aux :

- Médecins néphrologues
- Cadre de santé en néphrologie
- IDE référentes en dialyse péritonéale et intervenant dans le service de néphrologie et en consultation

Date de création : 16/05/2019		Classement GED – Processus HAS « Parcours patient PEC Dialyse »
Rédaction - Fonction :	Lisa DESCOT, IDE référente dialyse péritonéale Dr Marc FABRE, Interniste	Signé le 22/05/2019 Signé le 27/06/2019
Validation - Fonction :	Dr Louis DE LAFORCADE, chef de service Néphrologie Dr Emmanuelle PONT, chef de service de la pharmacie	Signé le : 24/05/2019 Signé le 10/07/2019
Approbation - Fonction :	Richard ROLLAND Cadre Supérieur de Santé Qualité	Signé le 16/07/2019

	<b>SUSPICION PERITONITE</b>		
MO/CHPO/PPDIA/08	Version 1	Date de la dernière révision : SANS OBJET	Page : 2/5

#### 4. DESCRIPTION

##### SIGNES D'APPEL :

---

- Dialysat trouble
- Douleurs abdominales
- Fièvre

Ces signes doivent faire suspecter une péritonite, qui doit être traitée de manière probabiliste dans l'attente d'une confirmation diagnostique.

##### DIAGNOSTIC DE CERTITUDE :

---

2 des 3 critères suivants :

- Signes cliniques compatibles
- Cytologie péritonéale retrouvant plus 100 Elt/mm<sup>3</sup> dont 50% de polynucléaires
- Culture du liquide de DP positive

##### PRISE EN CHARGE INITIALE

---

##### Adressage du patient :

- Directement par le néphrologue en salle de DP
- Directement par le néphrologue en hospitalisation néphrologie
- Directement par le médecin d'astreinte endoc-néphro en hospitalisation néphrologie, après avis du néphrologue d'astreinte (WE).
- Via les urgences après avis du néphrologue d'astreinte (nuit ou WE) : procédure dégradée (ne réaliser que les actes en gras au SAU, la suite du protocole sera effectuée dans le service de néphrologie).



**Hospitaliser impérativement le patient en néphrologie, sur le lit de repli si besoin.**

##### A l'appel du patient/de son IDE, bien préciser :

- De faire un drainage complet de la poche, de conserver et d'amener à l'hôpital le liquide drainé
- De réinfuser 2L de soluté isotonique avant d'adresser le patient
- D'appeler le centre 15 en cas de trouble de la conscience ou d'hypotension (TA < 90/60 mmHg)

##### A l'arrivée du patient :

- **Constantes**
- **Examen médical standard**

	<b>SUSPICION PERITONITE</b>		
MO/CHPO/PPDIA/08	Version 1	Date de la dernière révision : SANS OBJET	Page : 3/5

- Si patient ventre vide, infuser 2L de soluté isotonique et drainer 2h plus tard pour réalisation des prélèvements.
- **Bilan biologique type péritonite :**
  - o **Sanguin : NFS, CRP, ionogramme, TP TCA, hémocultures x2**
  - o **Urinaire : ECBU**
  - o Liquide de DP : BU (leuco + nitrites), Cytologie+ bactériologie, Hémocultures (cf procédure prélèvement liquide DP)
  - o Emergence KT : écouvillon (peut être retardé au lendemain)
- Faire 2 lavages péritoneaux (aller-retour) avec 2L de soluté isotonique

### Antibiothérapie probabiliste :

- A administrer dès les prélèvements réalisés
- Doit couvrir les Gram + et les Gram – : biantibiothérapie
- A administrer par voie intrapéritonéale (cf procédure administration traitement par voie intrapéritonéale) sur stase longue nocturne, sauf en cas de sepsis sévère clinique (voie générale)
- Molécules choisies :
  - o Gram + : VANCOMYCINE 15-30 mg/kg tous les 5-7 jours
  - o Gram - : GENTAMICINE 0.6 mg/kg tous les jours
- Mesures associées :
  - o Administration d'héparine dans chaque poche de DP : 1000 UI/L
  - o Prophylaxie antifongique systématique : bain de bouche bicar/fungizone (cf protocole général)

Protocole de dialyse péritonéale adapté (en l'absence de consigne contraire du néphrologue, à réévaluer à 24-48h) :



- Passage en DPCA systématique
- 7 jours/7
- 3 échanges par jour :
  - o Matin (8h-14h) : Soluté isotonique 2L (+ héparine)
  - o Après midi (14h-20h) : Soluté isotonique 2L (+ héparine)
  - o Nuit (8h-20h) : EXTRANEAL 2L (+héparine + ATB)
- Contre-indication aux solutés hypertoniques
- Pas de période ventre vide

### **PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION :**

---

### Réévaluation de l'antibiothérapie :

- Staphylocoque :
  - o VANCOMYCINE si meti R ou CEFAZOLINE si meti S
  - o Recherche et éradication d'un portage nasal si S.Aureus
  - o Durée de traitement : 14 jours ou 21 jours si S.Aureus

	<b>SUSPICION PERITONITE</b>		
MO/CHPO/PPDIA/08	Version 1	Date de la dernière révision : SANS OBJET	Page : 4/5



- Entérocoque :
  - o VANCOMYCINE
  - o Durée de traitement : 21 jours
- Streptocoque :
  - o AMOXICILINE
  - o Durée de traitement : 14 jours
- Corynebactérie :
  - o VANCOMYCINE
  - o Durée de traitement : 21 jours
- Pseudomonas :
  - o Biantibiothérapie : CEFTAZIDIME + AMIKACINE
  - o Durée de traitement : 21 jours
  - o Ablation du cathéter à froid systématique si tunnelite/infection d'urgence associée, à discuter sinon
- Autre BGN :
  - o Selon antibiogramme
  - o Durée de traitement : 21 jours
- Cultures négatives :
  - o Traiter comme une infection à Staphylocoque non-aureus
- Champignon :
  - o Fluconazole : 100 mg intrapéritoneal 1/j si C. Albicans.
  - o Contact référent infectieux
  - o A poursuivre au moins 14 jours après ablation du KT (par voie générale), durée totale au moins 3 semaines
  - o Ablation du cathéter à organiser

### Ablation du cathéter :

- En urgence : choc septique, pathologie intestinale aiguë
- A froid, durant l'hospitalisation : péritonite fongique, tunnelite associée, péritonite réfractaire
- A discuter :
  - o péritonite récurrente (nouvel épisode moins de 4 semaines après la fin du traitement, avec germe différent du premier épisode),
  - o péritonite récidivante (nouvel épisode moins de 4 semaines après la fin du traitement, avec germe identique au premier épisode),
  - o péritonite répétée (nouvel épisode plus de 4 semaines après la fin du traitement, avec germe identique au premier épisode),
  - o péritonite à Pseudomonas

### Mesures associées :





- Réévaluation manipulations par le patient durant l'hospitalisation
- HDJ à 4-6 semaines pour PET test

	<b>SUSPICION PERITONITE</b>		
MO/CHPO/PPDIA/08	Version 1	Date de la dernière révision : SANS OBJET	Page : 5/5

## **5. COMMENTAIRES / DEFINITIONS**

SANS OBJET

## **6. REFERENTIELS (normes NF, bonnes pratiques, ...)**

-  ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment
-  Conduite à tenir devant une suspicion de péritonite et/ou tunnellite – Clinique Bouchard Marseille
-  Conduite à tenir infirmière lors d'une suspicion d'infection du liquide de dialyse péritonéale – CHU Caen
-  Conduite à tenir médicale lors d'une suspicion d'infection du liquide de dialyse péritonéale – CHU Caen

## **7. DOCUMENTS DE REFERENCE (textes réglementaires, procédures, ...)**

-  Protocole AURAL de Lyon