

Le 9 mai 2022

CAT devant une infection péritonéale

Dialyse Péritonéale UF 2022

Docteur F. HEIBEL
Praticien Hospitalier

Docteur L. BENCHEIKH
Praticien Attaché

Infirmières

☎ 03.69.55 10 19
☎ 03.69.55.04.93

Fax : 03.69.55.17.23

Définition

Liquide effluent trouble dont les GB dans le dialysât sont $> 100 /\text{mm}^3$ avec au moins 50% de polynucléaires neutrophiles, associé ou pas à des douleurs abdominales et fièvre

Modes de contamination : on décrit 4 modes :

- La voie intraluminale avec passage des germes dans la lumière du cathéter lors de fautes d'asepsie (la plus fréquente)
- La voie périluminale caractérisée par la propagation des germes à partir d'une infection de l'urgence.
- La voie digestive
- La voie hématogène (rare).

Règles générales de traitement antibiotique en DPCA

- Tout traitement devrait être guidé par la sensibilité aux antibiotiques des germes en cause.
- Répéter les cultures si dans les 3-4 jours aucune amélioration clinique n'apparaît ou si la cellularité ne diminue pas.
- La durée de traitement pour les péritonites à Gram Positif est de 14 jours, pour les péritonites à Gram négatifs est de 21 jours et pour celles à Pseudomonas/Xanthomonas est de 28 jours.
- L'ablation du KT est indiquée dans les péritonites récidivantes à staphylocoque aureus, les péritonites fongiques et à Pseudomonas.

Traitement de première intention : à débiter rapidement J0

Consultation en 2022

- Prélèvements sur le liquide de DP :
Bandelette
Hémocultures 1fl.aéro + 1fl.anaéro (10 ml minimum/flacon) +1tube beige
Parasito : 1 fl. Myco
Numération + CA-125 : 1 tube sec 6 ml bouchon beige + 1 tube mauve 5 ml
- Prélèvements sang :
Iono + CRP + NFS
Hémocultures aéro + anaéro si fièvre
- Auscultation médicale
- ASP si besoin

Vancomycine IP : 1 à 2 g / 48h sur une stase $> 6h$

Ceftazidime IP : 1g / 24h sur stase $> 6h$

Le traitement ATB sera ensuite adapté en fonction du germe et de l'antibiogramme.

CAS PARTICULIERS :

- **Péritonite fongique**

Fluconazole 200mg IP /48h

Ablation du KTDP à discuter

- **Péritonite récidivante**

Nouvel épisode d'infection au même germe dans les 4 semaines

- **Péritonite réfractaire**

Persistance de l'infection au-delà de 5 jours de traitement adapté et bien conduit

Ablation du KTDP à discuter

Directives :

- ✓ **Pas d'HYPERTONIQUE**
- ✓ **Pas de ventre vide**
- ✓ **Arrêt de la DPA**
- ✓ **Favoriser les poches de Nutrineal**
- ✓ **Si douleurs, possibilité de mettre de l'héparine dans les poches**

Si patient autonome :

- Le former à l'injection des antibiotiques dans les poches
- ou trouver une infirmière libérale (+ ordonnances)
- ou préparer plusieurs poches avec ATB au service (Stabilité des ATB plusieurs jours dans le dialysat à température ambiante)

Si patient non autonome :

- Prévenir l'infirmière libérale
- Faire l'ordonnance de soins pour l'IDE

Dans tous les cas :

- vérifier le stock de doubles poches avec le patient ou l'IDE et si besoin faire une ordonnance à l'AURAL

- faire l'ordonnance pour les ATB (vancomycine à délivrance hospitalière)



Si hospitalisation :

- Numération/jour jusqu'à 3 numérations avec GB < à 100/mm³
- Adaptation du traitement dès réception antibiogramme

Si retour à domicile :

- Première Cs de suivi en 2022, 3 à 4 jours après J0
- Doit ramener l'Extraneal drainée le matin et faire numération sur la poche
- Bilan sang : petit bilan + CRP + NFS +/- TR ATB
- Adaptation du traitement
- Cs suivante en 2023

Programmer le changement de ligne 1 mois après la fin des antibiotiques

Noter dans la pochette « suivi péritonite »

Mettre à jour le registre du RDPLF

Reprise DPA possible à partir de J8

Dr Larbi BENCHEIKH

Dr Françoise HEIBEL