



Identification du document

Domaine	Fonction	Caractéristique	Type
REALISATION DE SERVICE	BONNES PRATIQUES	HEMODIALYSE	MODE OPERATOIRE

Secteur émetteur	Centre d'hémodialyse Bouchard
------------------	-------------------------------

Mots clés	Surveillance, séance, dialyse, sécurité, vigilance
-----------	--

Référentiel :	Diffusion du document
	<input type="checkbox"/> Générale <input checked="" type="checkbox"/> Restreinte


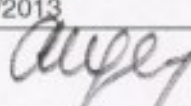
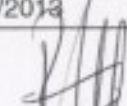
Groupe de travail

Prénom - NOM	Fonction	Prénom - NOM	Fonction
Chantal MARINO	Cadre dialyse		
Dr BATAILLE	Néphrologue		
Emilie CROS	IDE référente DP		

Historique du document

N° de version	Date	Motif de modification
01	05/06/13	Création du document pour centres d'autodialyse

Légitimité du document

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Nom : Emilie CROS	Nom : AUGHEY Caroline	Nom : Dr BATAILLE
Fonction : IDE référente DP	Fonction : RAQ	Fonction : Néphrologue
Date : 05/06/2013	Date : 05/06/2013	Date : 05/06/2013
Visa : 	Visa : 	Visa : 



1 Objectif

- Permettre une gestion rapide et efficace des complications en dialyse péritonéale
- Permettre une analyse en fonction : des signes généraux et fonctionnels, des signes physiques et anomalies techniques
- Permettre la mise en place d'un traitement approprié.

2 Documents de référence/

3 Moyens

Personnel concerné : IDE référente DP et médecin

Matériel :

- 4 flacons à hémoculture aérobie et 2 anaérobies
- 2 pots stériles
- 1 écouvillon stérile
- 3 seringues stériles de 20cc + 1 trocart
- Bétadine® dermique
- Bandelette urinaire

4 Mise en œuvre

4.1 Péritonite

Diagnostic à suspecter en cas de :

- Liquide trouble et/ou
- Douleurs abdominales et/ou
- Syndrome fébrile et/ ou
- Trajet sous cutané du cathéter inflammatoire, douloureux, œdématié ou
- Écoulement purulent de l'émergence

☠ APPELER LE CENTRE EN URGENCE

1. Conduite à tenir au domicile

Lorsque le patient ou l'infirmier libéral téléphone pour signaler le problème, il est impératif de lui préciser :

- Conserver et apporter la poche suspecte afin de pouvoir la contrôler visuellement et de faire les prélèvements nécessaires au diagnostic
- Prendre une tension artérielle. Si tension artérielle basse ou trouble de la conscience appeler le SAMU
- Infuser 1,5L de Dianeal 1.36 en attendant le transfert à la Clinique

2. A l'arrivée à la clinique : Hospitalisation

- Courber le patient : TA, pouls, température
- Si le patient n'a pas apporté sa dernière poche de drainage suspecte et qu'il est ventre vide, faire un échange d'un volume d'un à deux litre avec une stase de 2h minimum. Drainer et réaliser les prélèvements sur la poche. Noter l'état de la poche.



3. Prélèvements

❖ Prélèvement sur la poche de drainage :

- Homogénéiser soigneusement le liquide de dialysat contenu dans la poche
- Désinfection soigneuse à la Bétadine® des bouchons d'hémoculture + orifice de prélèvement au niveau de la poche
- Avec une seringue montée sur le trocart, prélever 10cc de liquide de dialysat, jeter la seringue (purge) en laissant le trocart en place. Avec les 2 autres seringues, prélever le liquide de dialysat et remplir les flacons d'hémoculture (10cc/flacon) et le pot stérile (20cc) stérile pour une analyse cyto bactériologique avec une numération et une formule leucocytaire.
- Faire une bandelette urinaire sur le dialysat à la recherche de leucocytes ou de nitrites.

❖ Prélèvement urinaire

- ECBU dans un pot stérile

❖ Prélèvement sanguin

- 3 hémocultures systématiques sur veine périphérique
- Bilan sanguin B3 + CRP

❖ Prélèvement cutanée

- Prélèvement cutanée par écouvillonnage à l'émergence du cathéter de DP

Définition biologique d'une péritonite :

Leucocytes $\geq 100/\text{mm}^3$ (ou 0.1G/L) avec plus de 50% de polynucléaires neutrophiles (sur stase de 2 à 4h) ou plus de 50% de Lymphocytes.

4. Lavages péritonéaux (sur prescription médicale)

But : antalgique, prévention de l'obstruction du cathéter par la fibrine

- Faire 3 aller-retour de 1,5 litres sans stase jusqu'à éclaircissement avec des poches de Dianeal 1.36

5. Antibiothérapie

- Ne pas attendre les résultats de l'analyse microbiologique, mais démarrer le traitement dès la suspicion de péritonite APRES réalisation des prélèvements.
- Antibiotique administré par voie intra péritonéale dans une poche d'Extraneal sur une stase au minimum de 6 heures mais préféré 8 heures (le plus souvent sur la poche de la nuit)
- En cas de fonction rénale résiduelle (diurèse $> 100\text{mL/j}$) : majorer les posologies d'ATB de 25%
- L'antibiothérapie probabiliste initiale doit couvrir les Bacilles Gram Négatif (dont le Pseudomonas Aeruginosa) et les Cocci Gram Positif. Bithérapie systématique d'emblée.
- Hospitalisation obligatoire



Couverture bactérienne	Antibiotique	Posologie
Gram +	1ère intention : CEFAZOLINE® Ou 2ème intention VANCOMYCINE®	15mg/kg/jour
		Dose de charge : 30mg/kg puis 15mg/kg tous les 4 jours
Gram -	1ère intention : GENTAMYCINE® Ou 2ème intention : FORTUM® (=ceftazidime®)	0.6mg/kg
		1 – 1.5g/jour

- L'antibiothérapie intra-péritonéale sera ensuite adaptée aux résultats des cultures (48 à 72h) .Si les cultures sont stériles à 72h, cela n'exclut pas une péritonite : il s'agit d'une péritonite à culture négative.
- La durée du traitement : 15 à 21 jours (vérifier la négativité des cultures)

6. Traitement associé

Dans les poches de dialysat, rajouter de l'héparine® (1000 UI/L) soit 0.4mL d'héparine Choay®.

L'addition d'Héparine® dans les poches de dialysat dure le temps que le dialysat effluent redevienne clair, ce qui survient en 2-3 jours

7. Poursuite de la dialyse

La dialyse péritonéale peut être poursuivie en l'absence de douleur.

Les poches d'hyperotonique sont contre indiqués. Le maintien de Extraneal est fortement conseillé

Prévoir un PET-Test 1 mois après l'épisode.

8. Ablation du cathéter de DP

- En urgence : choc septique, péritonite associée à une pathologie intestinale aigue
- Péritonite fongique
- Péritonite avec tunnellite
- Péritonite réfractaire (absence de réponse à 5 jours d'un traitement ATB bien conduit) ou récidivante.

9. Réévaluer les pratiques du patient ou de son IDE à domicile et l'hygiène par une journée d'éducation.

4.2 TUNNELLITE

L'examen révèle une inflammation au pourtour du cathéter, un écoulement par l'orifice de sortie cutané, une collection à la palpation du trajet sous cutané du cathéter.

1. Prélèvement :

Les prélèvements sont réalisés selon procédure ci-dessus.

Suspecter une péritonite associée jusqu'à preuve du contraire.

2. Echanges

Les échanges sont poursuivis sans changement

3. Antibiothérapie :

Antibiotique par voie générale : Orbénine® per os 50mg/kg/jour

Si signes de gravité : traitement par voie intra péritonéale : céfazoline® 20mg/kg/jour ou Vancomycine® 30mg/kg/jour sur stase longue (8 heures)

Traitement local : pansement quotidien avec de la Fucidine®

Durée de l'antibiothérapie : 7 à 15 jours en fonction de l'évolution clinique.

4. Décision d'ablation du cathéter

- Ablation du cathéter si péritonite associée

5 Documents associés

Documents liés :

-

Annexes :

- Annexe N°01 : Posologies des antibiotiques en dialyse péritonéale (recommandations ISPD 2010)
- Annexe N°02 : Modalités de préparation des antibiotiques
- Annexe N°03 : Feuille de diffusion

**Annexe N°01
POSOLOGIES DES ANTIBIOTIQUES EN DIALYSE PERITONEALE (RECOMMANDATIONS ISPD 2010)**

Intraperitoneal Antibiotic Dosing Recommendations for CAPD Patients^a

	Intermittent (per exchange, once daily)	Continuous (mg/L; all exchanges)
Aminoglycosides		
Amikacin	2 mg/kg	LD 25, MD 12
Gentamicin, netilmicin, or tobramycin	0.6 mg/kg	LD 8, MD 4
Cephalosporins		
Cefazolin, cephalothin, or cephadrine	15 mg/kg	LD 500, MD 125
Cefepime	1000 mg	LD 500, MD 125
Ceftazidime	1000–1500 mg	LD 500, MD 125
Ceftizoxime	1000 mg	LD 250, MD 125
Penicillins		
Amoxicillin	ND	LD 250–500, MD 50
Ampicillin, oxacillin, or nafcillin	ND	MD 125
Azlocillin	ND	LD 500, MD 250
Penicillin G	ND	LD 50 000 units, MD 25 000 units
Quinolones		
Ciprofloxacin	ND	LD 50, MD 25
Others		
Aztreonam	ND	LD 1000, MD 250
Daptomycin (115)	ND	LD 100, MD 20
Linezolid (41)		Oral 200–300 mg q.d.
Teicoplanin	15 mg/kg	LD 400, MD 20
Vancomycin	15–30 mg/kg every 5–7 days	LD 1000, MD 25
Antifungals		
Amphotericin	NA	1.5
Fluconazole	200 mg IP every 24–48 hours	
Combinations		
Ampicillin/sulbactam	2 g every 12 hours	LD 1000, MD 100
Imipenem/dlactin	1 g b.i.d.	LD 250, MD 50
Quinupristin/dalfopristin	25 mg/L in alternate bags ^b	
Trimethoprim/sulfamethoxazole		Oral 960 mg b.i.d.

ND = no data; q.d. = every day; NA = not applicable; IP = intraperitoneal; b.i.d. = 2 times per day; LD = loading dose in mg/L; MD = maintenance dose in mg/L.

^a For dosing of drugs with renal clearance in patients with residual renal function (defined as >100 mL/day urine output), dose should be empirically increased by 25%.

^b Given in conjunction with 500 mg intravenous twice daily.

Intermittent Dosing of Antibiotics in Automated Peritoneal Dialysis

Drug	IP dose
Cefazolin	20 mg/kg IP every day, in long day dwell (112)
Cefepime	1 g IP in 1 exchange per day
Fluconazole	200 mg IP in 1 exchange per day every 24–48 hours
Tobramycin	LD 1.5 mg/kg IP in long dwell, then 0.5 mg/kg IP each day in long dwell (112)
Vancomycin	LD 30 mg/kg IP in long dwell; repeat dosing 15 mg/kg IP in long dwell every 3–5 days (aim to keep serum trough levels above 15 µg/mL)

IP = intraperitoneal; LD = loading dose.



**Annexe N°02
MODALITES DE PREPARATION DES ANTIBIOTIQUES**

- Peuvent être mélangés dans la même poche : vancomycine, aminosides, céphalosporines.
- Pas de mélange pénicillines/aminosides.
- Stabilité des antibiotiques IP (à température ambiante) :
 - Vancomycine (25 mg/l) 28 jours
 - Gentamycine (8mg/l) 14 jours (mais diminuée par administration d'héparine)
 - Cefazoline (500mg/l) 8 jours à température ambiante, et 14 jours au frigo
 - Ceftazidime (125 mg/l) 4 jours à température ambiante et 7 jours au frigo

