

Catéthers et infections d'urgence

*Module du registre de dialyse péritonéale de langue française :
présentation, premiers résultats.*

Dr I. VERNIER, Dr M.E. ROSSIGNOL - Service d'Épuration Extra-rénale
CHU Purpan - 31 TOULOUSE

Avec le concours des Dr D. Bénévent (Limoges), M. Dratwa (Bruxelles), P.Y. Durand (Nancy),
C. Emond (Carcassonne), J. Gary (Rennes), B. Issad (Paris), N. Larroumet-Sornay (Bordeaux),
pour l'élaboration et E. Fabre (Pontoise) pour l'informatisation.

D'après les données de la littérature, les infections du cathéter de dialyse péritonéale sont fréquentes, entre 0.05 et 1.02 épisode par année-patient (1) et sont responsables d'environ 20 % des transferts en hémodialyse (2). Leurs facteurs favorisants sont mal connus et les modalités thérapeutiques différent beaucoup selon les centres. Nous avons souhaité mettre au point un nouveau module de recueil de données pour le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française permettant de colliger un grand nombre de données épidémiologiques, dans le but de prévenir ces infections et d'en améliorer le pronostic.

LA FICHE DE RECUEIL

La fiche de recueil a été mise au point avec le concours de 8 centres (annexe I, pages suivantes), dans un souci de simplicité et de facilité du recueil des données. Elle comprend :

- **au recto**, une partie "cathéter" précisant les conditions de pose, les facteurs de risque infectieux, le délai entre la pose et le début des échanges péritonéaux, les

soins de cathéter dans la période post-opératoire et à la mise à domicile du patient ;
- **au verso**, une partie "infection d'urgence" indiquant la date du diagnostic, les signes locaux, les soins de cathéter réellement effectués dans la période précédant son apparition, les modalités de son traitement et l'évolution, la guérison étant affirmée un mois après l'arrêt du traitement.

Après une première période de test, consistant en un recueil prospectif de données dans 9 centres sur 10 mois (3), le module a été mis à la disposition des centres inscrits au Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française en janvier 1998.

Le retour d'information proposé aux centres participants concerne :

- le nombre et le type de cathéters posés
- la recherche ou non de portage nasal de *S. aureus* avant la pose
- le taux d'infections d'urgence
- les causes de retrait des cathéters
- la survie actuarielle des cathéters
- les germes responsables des infections
- le taux de guérison des infections d'urgence à un mois.

ANNEXE 1 (VERSO)

INFECTIONS D'EMERGENCE

16 - Date d'infection d'émergence/...../.....

17 - Prélèvement bactériologique non oui Résultat de la culture :

18 - Autre infection concomitante

19 - Niveau d'infection d'émergence

- limitée à l'émergence
- étendue au manchon externe
- étendue au tunnel
- péritonite secondaire

20 - Signes locaux

- Rougeur Ecoulement Granulome Ulcération
- Douleur Croûte Extrusion complète du manchon
- Induration Abcès Extrusion partielle du manchon

21 - Protocole de soins locaux précédant l'infection

Aucun Pansement Immobilisation

Antisepsie oui si oui, type
 non

chlorhexidine alcool chloré ammonium quaternaire H₂O₂ iode

Pansement réalisé par patient famille IDE Effectué tous les (en jours)

22 - Traitement

- Date de début/...../.....

Antibiothérapie

- aucune
- générale
- locale
- intra-tunnel

Antisepsie

- aucune
- chlorhexidine
- alcool
- chloré

- ammonium quaternaire
- H₂O₂
- iode

Nitrate d'argent Extraction et pelage du manchon Retunnellisation

Autre traitement (préciser) _____

23 - Evolution

Date d'arrêt du traitement/...../.....

Guérison constatée (1 mois après l'arrêt)

RÉSULTATS

A la fin du mois de mars 1999, 25 centres participaient au module, représentant 403 fiches cathéter.

Les principales données concernant les cathéters sont les suivantes :

- les cathéters comportent habituellement 2 manchons (96 %) et sont en majorité des cols de cygne (56 %), suivis par les cathéters droits (33 %) ;
- la technique de pose la plus utilisée reste la laparotomie transrectale (85 %) ; 14 % des cathéters ont été posés sous vidéocoelioscopie et 6 % par la technique de Moncrief avec extériorisation secondaire ;
- l'opérateur fidélisé est une règle d'or (95 % des cas).

L'évaluation du risque infectieux repose sur la recherche de portage nasal de *S. aureus* et l'identification des facteurs de risque généraux et locaux :

- la recherche de portage nasal de *S. aureus* n'a été effectuée que chez 39 % des patients, et ne se révèle positive que dans 31 % des cas ;
- 45 % des patients ne présentaient aucun facteur de risque, 31 % en avaient un seul, 24 % entre 2 et 5.

La prévention des infections avant la pose du cathéter n'est pas systématique :

- une antibioprofylaxie pré-opératoire par voie générale n'a été prescrite que dans 36 % des cas ;
- une antibioprofylaxie anti-staphylococcique n'a été indiquée que pour 23 % des patients, dont 90 % des patients porteurs nasaux et 15 % des patients pour lesquels aucune recherche bactériologique n'avait été effectuée.

L'étude du protocole de soins dans la période post-opératoire montre que le premier pansement a été effectué à 4.5 ± 3.3 jours (extrêmes 1 à 15), puis renouvelé tous les 2 jours en moyenne (2.6 ± 1.7 jours ; minimum 1, maximum 8). Le délai entre la pose du cathéter et le début des échanges péritonéaux est de 13.4 jours (0 à 186). Chez 73 patients (18 %), la dialyse a été commencée le jour même.

Sur 403 cathéters posés pendant la période, 101 infections d'émergence sont à déplorer (25 %) :

- 98 prélèvements bactériologiques ont été effectués ; *S. aureus* est largement prédominant (49 %), suivi par *S. epidermidis* (13 %) et *P. aeruginosa* (7 %) ; les cultures ne sont restées négatives que dans 6 % des cas ;
- dans 80 % des cas, il s'agissait d'une infection limitée à l'orifice de sortie ; 3 cas de péritonite secondaire ont été rapportés ;
- 62 infections ont été considérées comme guéries, un mois après l'arrêt du traitement antibiotique (61 %) ; dans 69 cas, les cathéters ne se sont infectés qu'une fois, mais 12 cathéters ont été le siège de récurrences infectieuses (maximum 6) ;
- nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre : la survenue d'une infection d'émergence et la prescription d'une antibioprofylaxie contre *S. aureus*, le nombre de facteurs de risque infectieux, le type d'hygiène corporelle préconisé ; la guérison et le nombre de signes locaux d'infection ou la voie d'administration de l'antibiothérapie.

Trente-cinq cathéters ont été déposés (8.7 %) dont 23 pour complication infectieuse, et 8 pour complication mécanique. La survie actuarielle des cathéters est de 90 % à 40 mois.

CONCLUSION

Les infections d'émergence du cathéter de dialyse péritonéale sont fréquentes, et récidivantes dans 12 % des cas.

La poursuite du recueil d'informations et une participation plus large des centres de Dialyse Péritonéale est indispensable pour permettre d'identifier les facteurs de risque de survenue de cette complication et les facteurs prédictifs de son évolution.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - LUZAR M.A. Exit-site infection in continuous ambulatory peritoneal dialysis : a review. *Perit. Dial. Int.* 1991,11,333-340
- 2 - FLANIGAN M.J., HOCHSTETLER L.A., LANGHOLDT D., LIM V.S. Continuous ambulatory peritoneal dialysis catheter infections : diagnosis and management. *Perit. Dial. Int.* 1994,14,248-254
- 3 - VERNIER I., ROSSIGNOL M.E. Registre cathéters et infections d'émergence. *Bull. Dial. Périt.* 1997, 7, 71-75