

Bulletin de la Dialyse à Domicile

Aperçu des recommandations des lignes directrices ISPD 2022 pour la prévention et le traitement de la péritonite

(Overview of ISPD 2022 guideline recommendations for peritonitis prevention and treatment)

Maxime Taghavi ¹, Max Dratwa¹

¹Service de néphrologie et de dialyse, Hôpital universitaire Brugmann, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

Note : this text is available in English at the same url : <https://doi.org/10.25796/bdd.v5i2.66753>

Résumé

Cet article est un résumé des nouvelles recommandations ISPD pour la prévention et le traitement de la péritonite. Ces dernières recommandations apportent des clarifications de définition, de nouveaux objectifs vis-à-vis des taux de péritonite. Il apporte également de nouvelles recommandations sur la prévention et la prise en charge de la péritonite avec de nouvelles directives concernant l'utilisation empirique des antibiotiques, le dosage et le traitement de la péritonite due à des micro-organismes spécifiques. En cas de doute ou de besoin de précisions, l'article original (1) et la liste exhaustive des références qu'il contient doivent être consultés. La traduction complète en français est disponible dans ce numéro à l'adresse : <https://doi.org/10.25796/bdd.v5i2.66753>

Mots clés : Recommandation, ISPD, péritonite, prévention, traitement, dialyse péritonéale

Summary

This article is a summary of the new ISPD recommendations for peritonitis prevention and treatment. The latter recommendations bring definition clarifications, new targets with respect to the rates of peritonitis. It also brings new recommendations on the prevention and the management of peritonitis with new guidelines regarding empirical use of antibiotics, dosage and treatment of peritonitis due to specific microorganisms. In case of doubt or need of precisions, the original article (1) and the exhaustive list of references that it contains should be consulted.

Keywords: Guideline, ISPD, peritonitis, prevention, treatment, peritoneal dialysis

Pour citer : Taghavi M, Dratwa M. Overview of ISPD 2022 guideline recommendations for peritonitis prevention and treatment. Bull Dial Domic [Internet]. 2022;5(2). Available from: <https://doi.org/10.25796/bdd.v5i2.66753>

INTRODUCTION

La péritonite associée à la dialyse péritonéale (DP) est l'infection la plus courante liée à la DP et peut être associée à l'arrêt de la DP, au transfert en hémodialyse et au décès. Des directives récentes de la Société internationale de dialyse péritonéale (ISPD) ont été publiées en 2022, concernant la prévention et le traitement de la péritonite.

Le présent article est un aperçu de ces dernières lignes directrices de l'ISPD (1).

DEFINITION ET MESURE DE LA PERITONITE

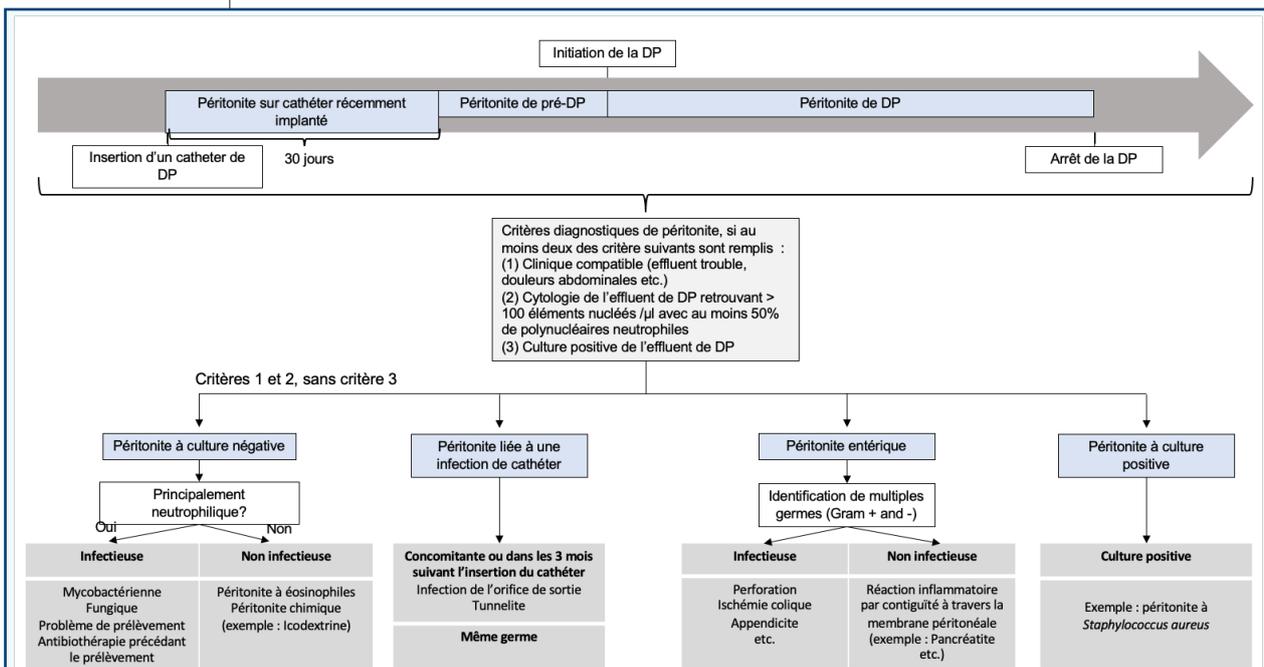
La définition de la péritonite est hétérogène dans la littérature. Les efforts de normalisation sont d'une grande importance. De même, la définition des mesures des résultats doit être normalisée.

Selon les directives de l'ISPD, la péritonite doit être diagnostiquée lorsqu'au moins deux des critères suivants sont présents : (1) Caractéristiques cliniques cohérentes (effluent trouble, douleurs abdominales, etc.), (2) Nombre de globules blancs dans l'effluent : $> 100/\mu\text{l}$ et $> 50\%$ de neutrophiles et (3) culture d'effluent de dialyse positive. La figure 1 résume la définition et la classification de la péritonite associée à la DP.

La péritonite peut être définie selon son étiologie (péritonite de cause spécifique, Fig. 1)

- **Péritonite à culture négative** : définie par la présence des critères (1) et (2) en l'absence d'une culture d'effluent positive. Tous les cas de péritonite à culture négative doivent être comptés dans les statistiques de péritonite. Cette dernière peut être infectieuse ou non infectieuse.
- **Péritonite liée au cathéter** : définie par la présence d'une péritonite survenant simultanément ou jusqu'à 3 mois après le début d'une infection du site de sortie du cathéter et/ou de l'infection du tunnel et avec le même organisme.
- **Péritonite entérique** : définie comme une péritonite d'origine intestinale. Elle peut être soit infectieuse (dans moins de 20 %, la culture de l'effluent peut être positive à la fois pour les bactéries gram positives et gram négatives) ou non infectieuse (secondaire à une réaction inflammatoire contiguë à travers la membrane péritonéale et donc avec culture négative). Cette dernière doit être considérée comme une péritonite entérique plutôt que comme une péritonite à culture négative.
- **Péritonite à culture positive**

La péritonite peut être définie en fonction de la chronologie de son apparition (péritonite temporelle, Fig.1)



↑ Fig. 1 : Définition et classification de la péritonite en fonction des causes spécifiques et de la chronologie (d'après les recommandations 2022 de l'ISPD)

- **Péritonite pré-PD** : sous-reconnue. Définie comme une péritonite survenant après l'insertion du cathéter de DP mais avant l'initiation de la technique. Le rinçage hebdomadaire du cathéter ne doit pas être considéré comme un début de DP.
- **Péritonite liée à l'insertion du cathéter de DP** : définie comme une péritonite survenant dans les 30 jours suivant l'insertion du cathéter de DP.
- **Péritonite liée à la DP** : à partir de l'initiation de la DP. Selon les directives de l'ISPD sur la création et le maintien d'un accès optimal à la DP chez le patient adulte.

La péritonite peut être définie en fonction de ses résultats (définitions spécifiques aux résultats de la péritonite)

L'ISPD recommande une surveillance fréquente (dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité (ACQ)) du taux de péritonite et des résultats, en utilisant les définitions suivantes pour décrire les résultats après une péritonite.

Au moins une fois par an :

- *Taux de péritonite* : nombre d'épisodes par patient-année.

o Taux global de péritonite : ne doit pas dépasser 0,4 épisodes par patient-année (année à risque).

o Péritonite à culture négative : doit être signalée en pourcentage de tous les épisodes de péritonite par unité de temps et doit être inférieure à 15 % de tous les épisodes de péritonite.

Sur une base mensuelle, ou au moins trimestrielle, pour les rapports locaux afin d'informer les pratiques locales :

- *Péritonite liée à l'insertion du cathéter de DP* : doit être < 5 % de toutes les insertions de cathéter.

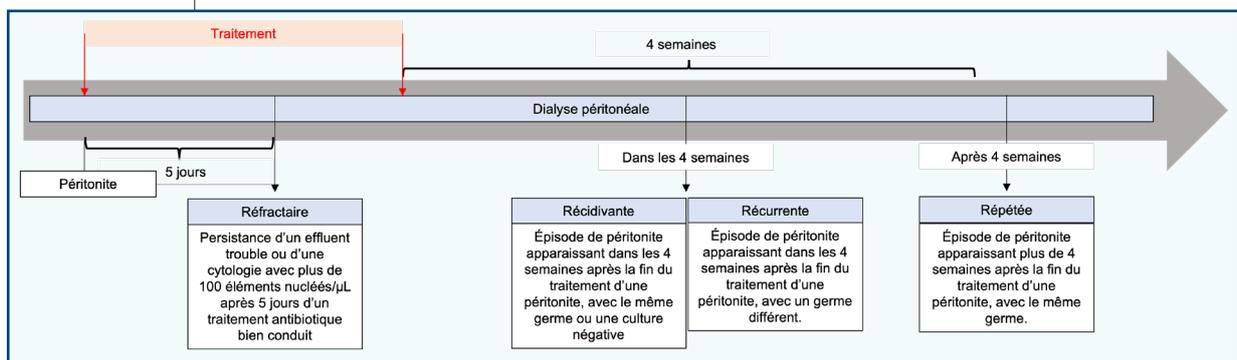
- *Délai moyen jusqu'au premier épisode de péritonite* : où le délai compte à partir du premier jour d'initiation de la DP.

- *Pourcentage de patients indemnes de péritonite par unité de temps* : cible >80% par an.

- *Péritonite pré-PD* : rapportée en épisodes par an

- *Autre* : guérison médicale, péritonite récurrente, péritonite récidivante, retrait du cathéter associé à la péritonite, transfert vers l'hémodialyse associé à la péritonite et hospitalisation ou décès associé à une péritonite (survenant dans les 30 jours suivant l'apparition de la péritonite).

La Figure 2 résume les définitions spécifiques aux résultats après une péritonite.



↑ Fig. 2 : Définition de la péritonite selon son moment de survenue, selon les recommandations de l'ISPD

PREVENTION DE LA PERITONITE

Le Tableau 1 résume les recommandations de l'ISPD concernant la prévention de la péritonite.

Prévention des péritonites de DP
Insertion du cathéter : Antibioprophylaxie avant la mise en place du cathéter Pas de donnée sur l'efficacité du dépistage et de l'éradication du portage nasal du <i>S. aureus</i> avant insertion du cathéter de DP.
Soins de l'orifice de sortie du cathéter : Antibiothérapie topique Immobilisation du cathéter de DP Traitement rapide d'une infection de l'orifice de sortie du cathéter de DP ou d'une tennellite.
Contamination du système de DP : Antibioprophylaxie Changement du prolongateur Culture de l'effluent Surveillance étroite
Procédures invasives gastro-intestinales ou gynécologiques : Antibioprophylaxie avant une colonoscopie ou une procédure invasive gynécologique. La cavité péritonéale doit être préférentiellement vide avant la procédure.
Programme d'éducation : Réévaluation régulière de la technique des échanges et des connaissances, ainsi que inspection visuelle de la technique. Considérer des visites au domicile par les infirmiers de DP, des rééducations (exemple : après une hospitalisation prolongée, une péritonite et/ou une infection de cathéter de DP, un changement de dextérité, de vision ou du statut cognitif, etc).
Animaux domestiques et infection zoonotique : Garder les animaux de compagnie en dehors de la pièce où les échanges sont réalisés et où le stockage du matériel est réalisé.
Autres facteurs de risque modifiables : Traitement d'une hypokaliémie (surplus de risque de péritonite entérique) Eviction ou limitation de l'utilisation d'antihistaminique H2 Prévention de la constipation (l'utilisation régulière de lactulose étant associée à un plus faible taux de péritonite)
Prévention secondaire : La prophylaxie antifongique (par nystatine orale ou fluconazole) est recommandée après l'initiation d'une antibiothérapie (quelle que soit l'indication), pour la prévention de la péritonite fongique. Nystatine orale (500 000 U 3x/ jour, durant la période d'antibiothérapie)

↑ Tableau 1. Prévention des péritonites selon les recommandations de l'ISPD

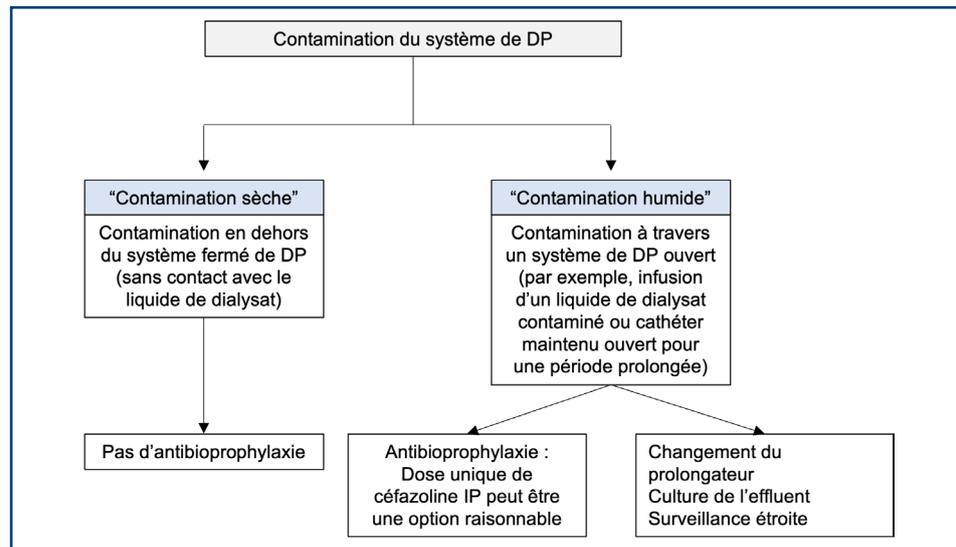
Mise en place du cathéter : des antibiotiques systémiques prophylactiques doivent être administrés immédiatement avant la mise en place du cathéter. Le choix de l'antibiotique doit être déterminé après examen du spectre local de résistance aux antibiotiques. Il n'y a pas de données concernant l'efficacité du dépistage de routine et l'éradication du portage nasal de *S. aureus* avant l'insertion du cathéter.

Soins du site de sortie : une crème antibiotique topique sur le site de sortie du cathéter de DP est recommandée. En outre, une immobilisation appropriée du cathéter de DP peut être utile, et un traitement rapide de l'infection du site de sortie ou du tunnel du cathéter est obligatoire pour prévenir la péritonite.

Contamination du système de DP : la contamination sèche doit être distinguée de la contamination humide (contamination survenant avant l'infusion de liquide de dialyse ou si la ligne d'administration a été laissée ouverte pendant une période prolongée). Une antibiothérapie prophylactique est recommandée en cas de contamination humide (Fig. 3). Aussi, l'avis de l'équipe soignante est recommandé si une contamination lors de l'échange de DP est constatée.

Procédures gastro-intestinales et gynécologiques invasives : une antibioprophylaxie avant une coloscopie et une procédure gynécologique invasive est recommandée, cependant il n'y a pas de recommandation sur la voie d'administration et le choix de l'antibiotique, mais ce dernier doit couvrir les bactéries gram-positives et gram-négatives. L'abdomen doit de préférence être vide avant la procédure. Il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander une prophylaxie antibiotique avant la gastroscopie, mais certaines données ont montré un taux plus faible de péritonite lorsque des antibiotiques ont été utilisés dans les 7 jours suivant la gastroscopie.

Programme de formation : la technique d'échange de DP doit être régulièrement réévaluée et mise à jour. L'inspection directe de la technique d'entraînement présente un intérêt particulier. Il n'y a pas de recommandations concernant le programme d'entraînement optimal à la DP. La flexibilité doit être autorisée pour dispenser la formation en fonction des ressources locales (enseignement à distance, surveillance à distance, des supports vidéo peuvent être utilisés).



↑ Figure 3. Algorithme décisionnel en cas de contamination du système de DP, d'après les recommandations 2022 de l'ISPD.

Les visites à domicile par les infirmières en DP peuvent être utiles pour détecter les facteurs de risque de péritonite. Une reconversion peut donc être proposée, mais le moment optimal est incertain. Les indications de rééducation sont répertoriées dans les lignes directrices ISPD 2022 actualisées sur la prévention et le traitement de la péritonite.

Animal domestique et infection zoonotique : évitez les animaux de compagnie dans la même pièce où les échanges de DP ont lieu et où l'équipement est entreposé. Le diagnostic d'organismes inhabituels suspects de zoonoses doit faire suspecter le non-respect de cette dernière recommandation.

Autres facteurs de risque modifiables : le traitement de l'hypokaliémie et l'évitement ou la limitation de l'utilisation des inhibiteurs des récepteurs de l'histamine-2 sont recommandés. L'utilisation régulière de lactulose est associée à un taux plus faible de péritonite.

Prévention secondaire : Une prophylaxie antifongique (nystatine orale ou fluconazole) est recommandée après une antibiothérapie (quelle que soit l'indication), afin de prévenir une péritonite fongique.

PRESENTATION INITIALE ET PRISE EN CHARGE DE LA PERITONITE

La péritonite doit être diagnostiquée lorsqu'au moins deux des critères suivants sont présents : (1) Caractéristiques cliniques constantes (effluent trouble, douleurs abdominales, etc.), (2) Nombre de globules blancs dans l'effluent : $> 100/\mu\text{l}$ et $> 50\%$ de neutrophiles dans un séjour d'au moins 2 heures et (3) une culture d'effluent de dialyse positive.

Le nombre de globules blancs dépend de la durée du séjour,

La présence d'un effluent trouble doit être considérée comme une péritonite jusqu'à ce que le diagnostic soit confirmé ou exclu. Cependant, le diagnostic différentiel de l'effluent trouble doit être évalué.

Le bilan initial doit inclure la numération cellulaire, la numération différentielle, la coloration de Gram et la culture de l'effluent, la culture de tout écoulement du site de sortie et l'hémoculture si le patient est septique ou immunodéprimé. L'infection/collection du tunnel doit également être évaluée.

IDENTIFICATION DES ORGANISMES RESPONSABLES

L'identification de l'organisme responsable est importante afin de guider adéquatement le choix des antibiotiques. Le taux de péritonite à culture négative doit être inférieur à 15 %. Les méthodes d'échantillonnage et de culture doivent être revues si ce dernier taux est supérieur à 15 %. La coloration de Gram est recommandée même si elle est souvent négative. Les flacons d'hémoculture doivent être préférés pour la culture de l'effluent de DP. La centrifugation d'un échantillon de cet effluent et la culture du culot et la technique de centrifugation de lyse peuvent également être envisagées. Si la culture de l'effluent est négative après 3 à 5 jours, une numération cellulaire, une numération différentielle, des cultures fongiques et mycobactériennes doivent être effectuées. D'autres techniques de diagnostic sont en cours d'évaluation mais ne sont pas utilisées en routine et ne se sont pas avérées supérieures aux techniques conventionnelles.

SELECTION EMPIRIQUE D'ANTIBIOTIQUES

Les antibiotiques doivent être commencés le plus tôt possible car le délai entre le contact et le traitement est associé à l'échec du traitement. Si la voie IP n'est pas possible (par exemple dans le service des urgences), la voie IV doit être utilisée initialement afin d'éviter des résultats indésirables. Un passage en route IP est recommandé dès que possible. Le traitement doit couvrir les germes gram-positifs et gram-négatifs. La céphalosporine de première génération (ou la vancomycine dans les centres à forte prévalence de germes résistants à la méthicilline, à seuil incertain) est généralement associée à une céphalosporine de troisième génération ou à un aminoglycoside. La monothérapie avec une céphalosporine de quatrième génération (c'est-à-dire le céfépime) peut être une option. Des traitements adjuvants tels que l'héparine IP, les antalgiques doivent être envisagés.

DOSAGE DES ANTIBIOTIQUES

La route IP doit être privilégiée. Des recommandations détaillées de dosage des antibiotiques IP et systémiques pour le traitement de la péritonite sont présentées dans les directives ISPD. Lorsqu'un aminoglycoside est choisi, il doit être administré quotidiennement de manière intermittente et une cure prolongée doit être évitée. La N-acétylcystéine par voie orale peut être administrée pour prévenir l'ototoxicité. Pour le traitement à la vancomycine, il n'est pas clair s'il faut préférer un dosage fixe ou un dosage guidé par cible en fonction du niveau sérique résiduel.

STABILITE DES ANTIBIOTIQUES DANS LES SOLUTIONS DE DP

La stabilité et la compatibilité détaillées des antibiotiques dans les solutions DP sont résumées dans les directives ISPD. La stabilité d'un antibiotique peut varier selon la solution de DP infusée (à base de dextrose ou d'icodextrine), mais aussi, la température de conservation (température ambiante ou température réfrigérée), ou d'autres médicaments tels que l'héparine sont ajoutés au mélange. Par exemple, la stabilité de la gentamicine est réduite par son mélange avec de l'héparine, la stabilité de la vancomycine est réduite lorsqu'elle est conservée à température ambiante

et sa stabilité est plus élevée dans une solution à base de dextrose par rapport à une solution à base d'icodextrine.

CONSIDERATION SPECIALE POUR la DPA

L'DPA se caractérise par une plus grande clairance antibiotique péritonéale et donc un sous-dosage potentiel. Afin d'obtenir une biodisponibilité adéquate, un temps de séjour minimal de 4 heures doit être respecté, mais un séjour de 6 heures peut être une meilleure option.

TRAITEMENTS D'APPOINT

Afin d'éviter l'occlusion du cathéter de DP par de la fibrine, les patients avec un effluent trouble pourraient bénéficier de l'héparine IP. Les analgésiques doivent également être envisagés en fonction des symptômes.

Avant l'antibiothérapie IP, un lavage péritonéal (un ou deux échanges DP rapides) peut être proposé pour le contrôle de la douleur, mais il ne doit pas être pratiqué pour améliorer la guérison péritonéale ou prévenir les rechutes.

L'urokinase IP associée à la rifampicine orale peut être utile pour le sauvetage du cathéter de DP en cas de péritonite à staphylocoque à coagulase négative, cependant l'urokinase n'a montré aucun bénéfice en termes de rechute ou de péritonite réfractaire.

La péritonite est également associée à une augmentation de la réabsorption du glucose et à une perte de protéines qui pourraient entraîner une ultrafiltration réduite et entraîner une surcharge volémique ; cela devrait être géré activement avec des mesures telles que l'utilisation temporaire d'icodextrine.

PRISE EN CHARGE ULTERIEURE DE LA PERITONITE

Les antibiotiques doivent être adaptés à la sensibilité des germes responsables lorsque celle-ci est identifiée. La péritonite à *Staphylococcus aureus* doit être traitée pendant 21 jours. Celle à *Streptocoque*, ainsi que d'autres péritonites à organismes gram-positifs doivent être traitées pendant 14 jours.

Péritonite réfractaire : le retrait du cathéter est indiqué, mais un traitement antibiotique plus long sans retrait du cathéter peut être une option si le nombre de globules blancs dans l'effluent diminue. Cette approche doit être guidée par la virulence de l'organisme cultivé. En cas de retrait du cathéter, les antibiotiques doivent être poursuivis pendant 14 jours après la procédure

Péritonite récidivante, récurrente et répétée : le retrait du cathéter est indiqué, avec réinsertion concomitante d'un cathéter. Ceci doit être effectué après que la culture est devenue négative et que le nombre de globules blancs est inférieur à 100/mL, en l'absence d'infection concomitante du site de sortie ou du tunnel. En cas de retrait du cathéter, les antibiotiques doivent être poursuivis pendant 14 jours après la procédure. Une cure prolongée d'antibiotiques est déconseillée pour prévenir le risque de péritonite répétée, récurrente ou récidivante. L'antibiothérapie prolongée est associée à des péritonites répétées et fongiques.

PERITONITE A STAPHYLOCOQUE A COAGULASE NEGATIVE

La péritonite à *staphylocoque à coagulase négative* (par exemple *staphylococcus epidermidis*) doit être traitée pendant 14 jours, avec des céphalosporines IP ou de la vancomycine, selon la sensibilité. La prévalence de la résistance à la méthicilline a augmenté au cours des dernières années ; par conséquent, la vancomycine est une option empirique valable dans la péritonite à *staphylocoque à coagulase négative*.

La technique du patient doit être réévaluée et une re-formation proposée aux patients. Étant donné que cette dernière péritonite est associée à un risque plus élevé de péritonite réfractaire et répétée, en raison de la colonisation du cathéter DP par un biofilm, le retrait du cathéter de DP avec réinsertion simultanée doit être envisagé dans ces cas. Cependant, l'effluent doit être clair et la culture doit être négative, et la procédure doit être réalisée sous couverture antibiotique.

L'utilisation intraluminale d'urokinase 100 000 UI avec stase pendant 2 h et de rifampicine orale 600 mg par jour pendant 3 semaines peut être une option.

PERITONITE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS

La péritonite à *Staphylococcus aureus* doit être traitée pendant 21 jours par une céphalosporine de première génération ou par la vancomycine en cas de résistance à la méthicilline. Un traitement à la rifampicine pendant 5 à 7 jours peut être une option afin de réduire les rechutes ou les péritonites à répétition et en cas d'évolution défavorable, la daptomycine IP avec ou sans rifampicine orale peut être utilisée comme traitement de sauvetage. En outre, le retrait du cathéter doit être envisagé en cas d'infection associée du tunnel ou du site de sortie.

PERITONITE STREPTOCOCCIQUE

Cette dernière péritonite doit être traitée pendant 14 jours, avec généralement une bonne réponse au traitement, cependant la péritonite à streptocoque *viridans* est associée à un risque plus élevé de rechute.

PERITONITE A CORYNEBACTERIUM

La péritonite à *Corynebacterium* doit être traitée pendant 14 jours. En cas de résistance aux bêta-lactamines, la vancomycine doit être utilisée. En cas de péritonite à répétition, une cure de vancomycine de 21 jours peut être une option. La vancomycine doit être utilisée pour les péritonites associées à *Corynebacterium jeikeium* et *Corynebacterium striatum* en raison de leur résistance aux bêta-lactamines. En outre, le retrait du cathéter doit être envisagé en cas d'infection associée du tunnel ou du site de sortie.

PERITONITE A ENTEROCOQUE

La péritonite à entérocoque doit être traitée pendant 21 jours avec de l'amoxicilline orale ou de la vancomycine IP, en fonction de la prévalence locale de la résistance à l'ampicilline. L'utilisation de la vancomycine est un facteur de risque de colonisation par les entérocoques résistants à la

vancomycine (ERV). La péritonite à ERV doit être traitée avec du linézolide oral ou intraveineux ou de la daptomycine IP, ou de la teicoplanine si la sensibilité est confirmée.

L'entérocoque peut être associé à d'autres microorganismes dans le cadre d'une péritonite polymicrobienne qui aggrave le pronostic. En cas de péritonite polymicrobienne ou d'*enterococcus faecium*, l'amoxicilline orale est déconseillée.

PERITONITE A PSEUDOMONAS

La péritonite à *Pseudomonas* doit être traitée pendant 21 jours avec deux antibiotiques mais est souvent associée à la nécessité de retirer le cathéter. Le retrait du cathéter est recommandé en cas d'infection associée du tunnel ou du site de sortie, mais aussi en cas de réponse clinique insuffisante après 5 jours de traitement adéquat. Le retrait précoce du cathéter de DP améliore les chances de retour en DP.

PERITONITE A ACINETOBACTER

La péritonite à *Acinetobacter* doit être traitée pendant 21 jours. Les options de traitement sont les céphalosporines à large spectre, une combinaison bêta-lactamine/inhibiteur de bêta-lactamase ou un carbapénème (sauf l'ertapénème). Le traitement doit être adapté en fonction de la sensibilité locale. En cas de résistance aux carbapénèmes, l'utilisation d'un aminoglycoside et d'un agent contenant du sulbactam est recommandée.

PERITONITE A STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA

La péritonite à *Stenotrophomonas* doit être traitée pendant 21 jours par deux antibiotiques dont le triméthoprime-sulfaméthoxazole.

PERITONITE ENTERIQUE A BACTERIES GRAM-NEGATIVES

La péritonite entérique à bactéries gram-négatives doit être traitée pendant 21 jours.

PERITONITE POLYMICROBIENNE

La péritonite polymicrobienne doit être traitée pendant 21 jours, en fonction des sensibilités.

En cas de péritonite multiple à gram négatifs ou mixte à gram positifs et négatifs, une pathologie gastro-intestinale doit être suspectée. En cas d'instabilité hémodynamique, la tomodynamométrie (TDM) peut aider à identifier une cause chirurgicale de péritonite. Une évaluation par un chirurgien est nécessaire. Si cette dernière cause de péritonite est suspectée, les antibiotiques de choix sont le métronidazole plus la vancomycine, en association avec la ceftazidime ou un aminoglycoside.

En cas de péritonite multiple à gram positifs, une contamination du système de DP ou une infection du cathéter de DP doit être suspectée. Le retrait du cathéter doit être envisagé en cas d'infection associée du tunnel ou du site de sortie. Une prise en charge conservatrice sans retrait de cathéter, avec antibiothérapie peut être une option.

PERITONITE FONGIQUE

Le retrait immédiat du cathéter est recommandé, suivi d'un agent antifongique approprié pendant au moins 14 jours. Les options de traitement sont le fluconazole oral ou IP (la voie orale est préférée), les échinocandines IV ou le voriconazole oral, selon l'agent pathogène. L'amphotéricine B doit être envisagée pour la péritonite à *Aspergillus*.

PERITONITE A CULTURE NEGATIVE

La péritonite à culture négative doit être traitée pendant 14 jours.

Si la culture de l'effluent de DP est toujours négative après 3 jours, la numération cellulaire et la numération différentielle doivent être répétées, et une culture spéciale (c'est-à-dire pour mycobactéries, nocardia, champignon, etc.) peut être effectuée, en particulier en l'absence d'amélioration clinique. L'antibiotique ne doit pas être adapté en fonction de la culture récente du site de sortie.

En cas d'amélioration clinique, la péritonite est probablement causée par des organismes gram-positifs, par conséquent l'antibiotique couvrant les organismes gram-négatifs peut être arrêté.

Après 5 jours, en l'absence d'amélioration clinique et de persistance d'une culture négative malgré des cultures spéciales, le retrait du cathéter doit être envisagé et l'antibiothérapie doit être poursuivie pendant au moins 14 jours après la procédure.

Si les cultures de l'effluent de DP sont positives après des cultures répétées ou spéciales, l'antibiotique doit être adapté à la sensibilité.

PERITONITE TUBERCULEUSE

Le diagnostic précoce est crucial pour la péritonite tuberculeuse. Un traitement antituberculeux oral est recommandé, sans retrait du cathéter de DP. Les recommandations posologiques pour le traitement de la péritonite tuberculeuse sont présentées dans les directives ISPD.

Péritonite mycobactérienne non tuberculeuse

La péritonite mycobactérienne non tuberculeuse doit être traitée pendant au moins 6 semaines, avec deux agents et en fonction des sensibilités. En cas de suspicion de péritonite mycobactérienne non tuberculeuse (par exemple, une péritonite persistante à culture négative), une coloration de Ziehl-Neelsen pour les bacilles acido-résistants doit être effectuée. Des antibiotiques efficaces et le retrait du cathéter sont recommandés pour le traitement de cette dernière péritonite.

CONFLIT D'INTERET

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier ou non financier pertinent à divulguer.

FINANCEMENT

Aucun financement n'a été reçu pour aider à la préparation de ce manuscrit.

REFERENCES

(1) Li PK, Chow KM, Cho Y, Fan S, Figueiredo AE, Harris T, Kanjanabuch T, Kim YL, Madero M, Malyszko J, Mehrotra R, Okpechi IG, Perl J, Piraino B, Runnegar N, Teitelbaum I, Wong JK, Yu X, Johnson DW. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int.* 2022 Mar;42(2):110-153.

Reçu le 18/05/2022, accepté après révision le 10/06/2022, publié le 15/06/2022



Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International

License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons license, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons license and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.