

Fiche de synthèse – SNP 2025

Congrès : 39^{ème} congrès de la SNP -- Reims 2025

Rédactrices :

VILLADA Valentine, Docteur junior, CHRU de Nancy
DAMOU Sonia, Interne, Paris

Titre de la session : Infections en dialyse péritonéale – Nouveau protocole

Par Dr Ariane ZALOSZYC, Dr Mélodie MOSCA, Dr Bruno RANCHIN

Référence de la publication :

- Clinical practice guideline for the prevention and management of peritoneal dialysis associated infections in children : 2024 updates. Warady BA, Same R, Borzych-Duzalka D, Neu AM, El Mikati I, Mustafa RA, Begin B, Nourse P, Bakkaloglu SA, Chadha V, Cano F, Yap HK, Shen Q, Newland J, Verrina E, Wirtz AL, Smith V, Schaefer F.
- Traduction : Guide de pratique clinique pour la prévention et la prise en charge des infections associées à la dialyse péritonéale chez l'enfant : mise à jour 2024. Ariane Zaloszyc, Max Dratwa, Christian Verger.

Lien vers l'article :

- Original : DOI 10.1177/08968608241274096
- Traduction : <https://doi.org/10.25796/bdd.v8i2.87071>

Résumé de la session / communication :

Il s'agit des nouvelles recommandations de l'ISPD, récemment traduites en français afin d'aider les médecins à améliorer la prise en charge des infections associées à la dialyse péritonéale chez les enfants.

Partie 1 : Prophylaxie des infections :

Indications	Antimicrobiens
Prophylaxie chirurgicale pour la pose du KT de dialyse péritonéale ou Contamination par le toucher - Instillation du fluide de DP après déconnexion du système - Déconnexion pdt la DP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CEFAZOLINE (25mg/kg, max 2g) ▪ ou VANCOMYCINE si porteur de germe résistant
Prophylaxie ATB pour les interventions chirurgicales associés à un risque accru de péritonite - Gastroskopie / Coloscopie - Gynécologique invasives ou instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CEFAZOLINE (25mg/kg IV, max 2g) ▪ CEFTRIAXONE (50mg/kg IV, max 2g)
Prophylaxie en cas de pose d'une GEP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CEFAZOLINE (ou vancomycine) + FLUCONAZOLE pdt 5 jours ▪ + Arrêt de DP au moins 4 jours si possible (puis reprise avec augmentation progressive des volumes)
Présence de FdR péritonite fongique - Utilisation d'ATB systémiques ou intra péritonéaux - Pose de GEP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NYSTATINE PO 5000 UI/kg x 2 par jour (max 500 000 UI dose) – peut être remplacé par FUNGIZONE ▪ ou FLUCONAZOLE 3-6 mg/kg (max 200mg/dose) IV ou PO toutes les 24-48h
Prophylaxie d'infection orifice chez le patient porteur de staph	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MUPIROCINE intra nasal ▪ MUPIROCINE topique sur le site de sortie du cathéter de DP à chaque pansement (?)

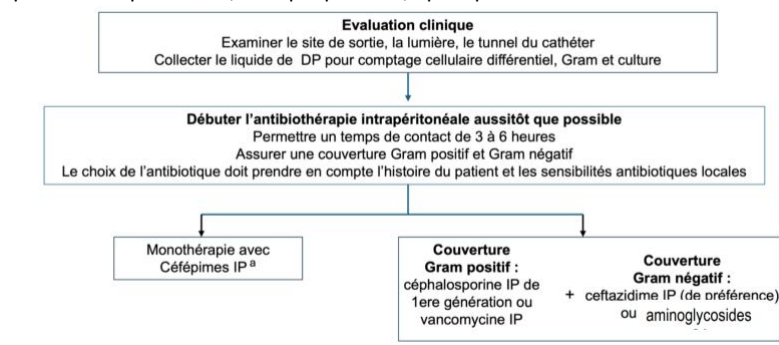
Nb : Pas de prophylaxie chez les patients en DP pédiatriques qui subissent des interventions dentaires

Partie 2 : Traitements des péritonites avérées

- Diagnostic si au moins 2 des éléments suivants est présent :
 - o Numération leucocytaire > 100/mm³ avec > 50% PNN
 - o Symptôme clinique (fièvre, douleurs abdominales)
 - o Croissance de micro-organisme dans la culture de l'effluent DP
- ⇒ Inoculation de flacons d'hémoculture après une centrifugation pour améliorer le rendement (après stase assez longue)

Antibiothérapie probabiliste :

- Antibiothérapie en intra péritonéal, dès que possible, après prélèvement



Antibiotique	Traitement avec DP continu		Traitement avec DP intermittente
	Dose de charge	Dose entretien	
Aminoglycosides			
AMIKACINE			2mg/kg/j
GENTAMICINE			0.6mg/kg/j
Beta-lactamines			
CEFAZOLINE	500 mg/L	125mg/L	20mg/kg/j
CEFEPIME	500 mg/L	125mg/L	15mg/kg/j (max 100mg)
CEFTAZIDIME	500mg/L	125mg/L	20mg/kg/j
IMIPENEM	250mg/L	50mg/L	
MEROPENEM		125mg/L	
Autres			
VANCOMYCINE	500mg/L	25mg/L	30mg/kg puis 15mg/kg tous les 2-5 jours
DAPTOMYCINE	100mg/L	20mg/L	
CIPROFLOXACINE		50mg/L	

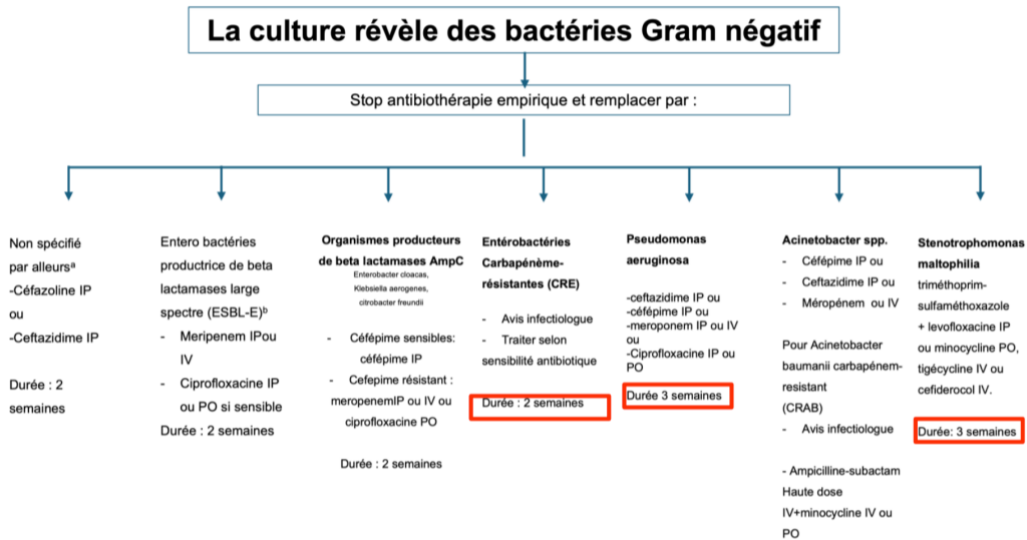
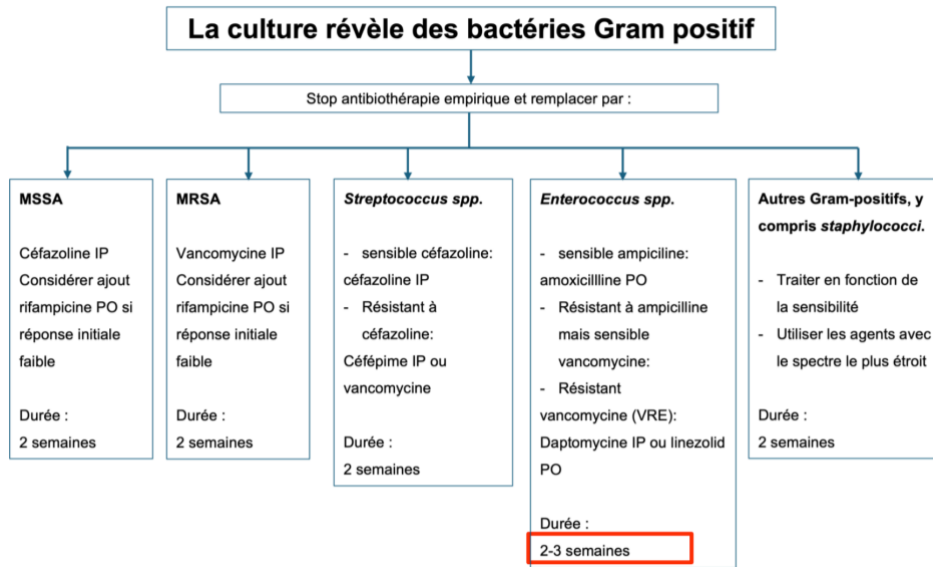
- Si signes de septicémie : administration des antibiotiques par voie IV

Antibiotique	Forme	Dose recommandée	Fréquence des doses	Max par dose
Beta-lactamine				
AMOXICILLINE	PO	20mg/kg/dose	Quotidienne	1000mg
CEFAZOLINE	IV	25mg/kg/dose	Toutes les 24-48h	1000mg
CEFEPIME	IV	25-50mg/kg/dose	Toutes les 24-48h	2000mg
CEFTAZIDIME	IV	50mg/kg/dose	Toutes les 48h	2000mg
MEROPENEM	IV	10-20mg/kg/dose	Quotidiennement	1000mg
Fluoroquinolones				
CIPROFLOXACINE	IV/PO	10-15mg/kg/dose	Quotidiennement	IV : 400mg PO : 500mg
LEVOFLOXACINE	IV/PO	10 mg/kg/dose	Toutes les 48h	500mg
Antifongiques				
AMPHOTERICINE B	IV	3-5 mg/kg/dose	Quotidiennement	
FLUCONAZOLE	IV/PO	6mg/kg/dose	Toutes les 24-48h	Ttt : 400mg
CASPOFONGINE	IV	<ul style="list-style-type: none"> < 3 mois : 25 mg/m²/dose ≥ 3 mois : 70mg/m²/dose pour la première dose puis 50mg/m²/dose 	Quotidiennement	70mg (1 ^{ère} dose) 50mg (doses suivantes)
MICAFUNGINE	IV	<ul style="list-style-type: none"> < 4 mois : 10 mg/kg/dose ≥ 4 mois : 2mg/kg/dose 	Quotidiennement	100 mg
POSACONAZOLE	PO	<ul style="list-style-type: none"> LI : 4.5-6mg/kg/dose LP : 300mg 	<ul style="list-style-type: none"> LI : 4 fois par jour LP : 2 fois par jour J1 puis 1 fois par jour 	LI : 200mg
VORICONAZOLE	PO	<ul style="list-style-type: none"> 2 à > 12 ans : 9mg/kg/dose LP : 300mg 	<ul style="list-style-type: none"> LI : 4 fois par jour LP : 2 fois par jour J1 puis 1 fois par jour 	LI : 200mg
Autres				
LINEZOLIDE	IV/PO	10mg/kg/dose	<ul style="list-style-type: none"> < 12 ans : 3 fois par jour ≥ 12 ans : 2 fois par jour 	600mg
MINOCYCLINE	IV/PO	4mg/kg/dose pour la 1 ^{ère} dose puis 2mg/kg/dose	<ul style="list-style-type: none"> 1 fois par jour pour la 1^{ère} dose Puis 2 fois par jour la 	200mg
BACTRIM	IV/PO	4-6mg/kg/dose	Quotidiennement	160mg
RIFAMPICINE	IV/PO	5-10mg/kg/dose	2 fois par jour	600mg

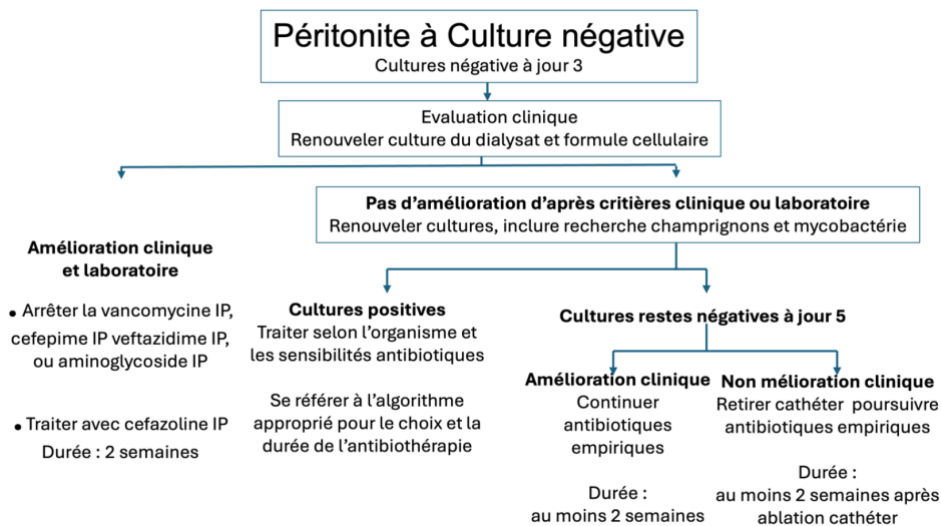
Antibiothérapie après identification du germe :

Antibiothérapie adaptée dès qu'un agent pathogène causal avec ses sensibilités aux ATB est identifié

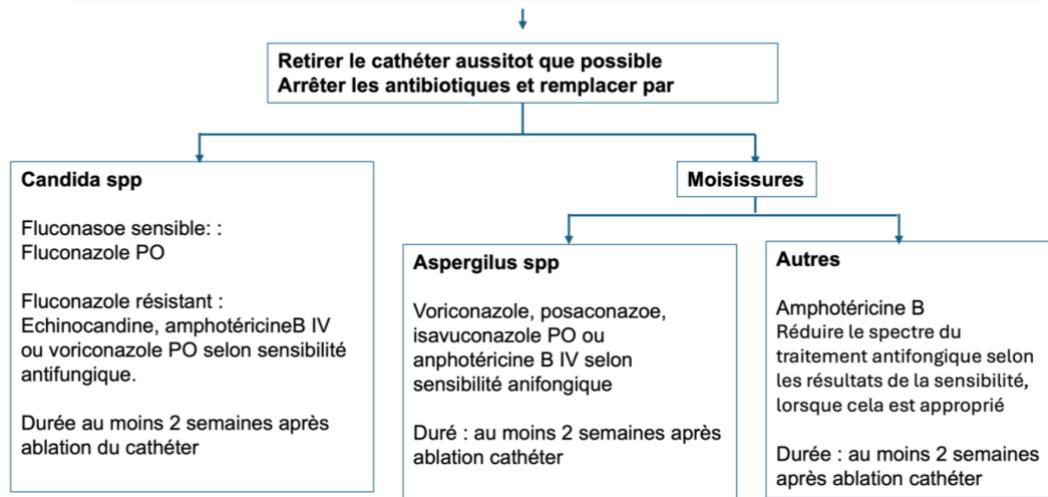
- ⇒ Sélection ATB le plus efficace et traiter pendant la durée la plus courte pour réduire les risques de sélection de péritonite fongique et les EI



Autres :

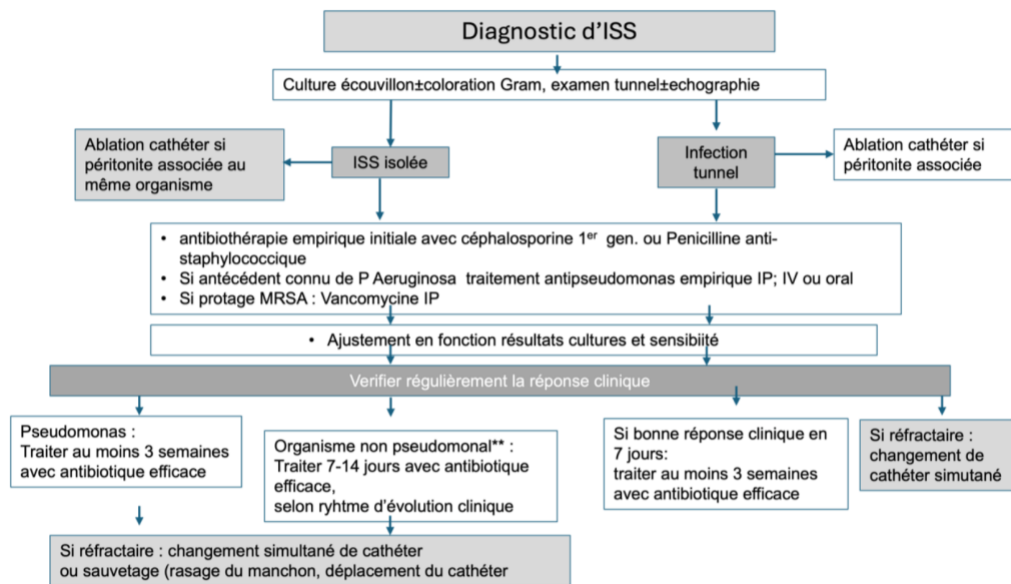


Champignons mis en évidence par coloration ou culture



Partie 3 : Infections liées aux cathéters

- Diagnostic ISS (infection du site de sortie) du KT : écoulement purulent à l'interface cathéter/épiderme
- Diagnostic IT (infection tunnel) = rougeur, œdème et sensibilité le long de la partie sous-cutanée du KT ± preuve échographique d'une collection de liquide péri-KT ± écoulement purulent du site de sortie
- ISS et/ou IT liée à l'insertion d'un KT : ≤ 30 jours après insertion du KT de DP



ATB	Dose	Fréquence	Max par dose
1^{er} choix			
CEPHALEXINE	10mg/kg/dose	Quotidiennement	500mg
DICLOXACILLINE	6,25-12,5mg/kg/dose	4 fois par jour	500mg
Autres choix possibles			
AUGMENTIN	10-20mg/kg/dose	Quotidiennement	875mg
CIPROFLOXACINE	10-15mg/kg/dose	Quotidiennement	500mg
CLINDAMYCINE	10mg/kg/dose	3 x par jour	450mg
LEVOFLOXACINE	10mg/kg/dose	Toutes les 48h	500mg
LINEZOLIDE	10mg/kg/dose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 12 ans : 3 x par jour ▪ ≥ 12 ans : 2 x par jour 	600mg
METRONIDAZOLE	10mg/kg/dose	3 x par jour	500mg
RIFAMPICINE	5-10mg/kg/dose	2 x par jour	600mg
BACTRIM	4-6mg/kg/dose	Quotidiennement	160mg
FLUCONAZOLE	6mg/kg/dose	Toutes les 24-48h	400mg

Partie 4 : Péritonite récidivantes, récurrentes et répétées – Retrait et remplacement des cathéters

- Rappels de définitions :
 - o **Réfractaire** : Liquide trouble ou leucocyte > 100/m³ après 5 jours d'ATB adapté
 - o **Récidivante** : Récidive < 4 semaines après la fin de l'ATBthérapie avec le même organisme ou d'un épisode à culture négative
 - o **Récurrente** : Récidive < 4 semaines après la fin de l'ATBthérapie avec un organisme différent
 - o **Répétée** : Récidive > 4 semaines après la fin de l'ATBthérapie avec le même organisme
 - o Non récidivante : Récidive > 4 semaines après la fin de l'ATBthérapie avec un organisme différent
- ⇒ En cas de péritonite récidivantes, récurrentes ou répétées : ATB selon germes antérieurs ou selon les centres
- ⇒ Retrait du KT si :

	Indication	Réinsertion
Ablation impérative	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Péritonite bactérienne réfractaire ▪ Péritonite fongique ▪ Péritonite récidivante/répétitive + ISS ou IT persistante ou récidivante 	≥ 2-3 semaines
Ablation et remplacement simultanés (sous couverture antibiotique)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Péritonite récidivante / répétées (quand résolution signes cliniques et cellules < 100/mm³) 	CI : Péritonite fongique, péritonite active ou réfractaire
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ISS ou IT 	Si absence de réponse au traitement ATB après 2 semaines (y compris si P. aeruginosa)
Ablation à discuter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Péritonite à répétition 	≥ 2 à 3 semaines
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Péritonite mycobactérienne 	Après 6 semaines
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Péritonite avec organismes multiples (pathologie intra-abdominale, abcès) 	Dépend de l'évolution clinique du patient ; au moins 2 à 3 semaines

TTT appoint :

- Utilisation d'IgIV chez certains patients avec des épisodes répétés de péritonite et/ou septicémie associée et hypogammaglobulinémie
- Fibrinolytique à discuter en fin de traitement
- Réévaluer l'éducation thérapeutique

Points clefs à retenir :

- Guide pratique de la prise en charge des péritonites des enfants en DP
- Importance de la prophylaxie pour éviter au maximum la survenue des infections péritonéales
- Antibiothérapie en 1^{ère} intention : CEFAZOLINE (ou VANCOMYCINE)+ CEFTAZIDIME IP **OU** CEFEPIME IP
 - o Durée de l'antibiothérapie de 2 semaines, sauf pour certains BGN

Intérêt pour la communauté ORKID :

Ces nouvelles recommandations ont pour but d'orienter au mieux les praticiens dans les prises en charges des péritonites chez l'enfant en dialyse péritonéale en France.

A l'issu de ces recommandations, les auteurs de la présentation orale proposent de constituer un groupe de travail chargé d'évaluer les différentes stratégies thérapeutiques en se basant sur les dosages des taux de médicaments en France (monothérapie cefepime / vancomycine + amiklin / vancomycine + ceftazidime) afin d'établir un protocole national visant à harmoniser les pratiques.