

Infection

e t d i a l y s e

LES SEPTICÉMIES CHEZ LES PATIENTS PORTEURS D'UN PERMCATH

D. FOUREZ et C. DELEMOTTE, *IDE Hémodialyse*

F. DUBOIS et R. BENAMEUR, *IDE Médecine Interne – Néphrologie*

M. POTIEZ, *IDE Hémodialyse + Dialyse Péritonéale*

Centre Hospitalier, Valenciennes.

I – INTRODUCTION

Notre étude porte sur les septicémies recensées par le laboratoire de bactériologie entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 1997. 1994 correspondant au début de l'informatisation du laboratoire. Durant cette période ont été réalisées en centre, en autodialyse et en éducation 99 054 séances de dialyse, c'est-à-dire 2 063 séances par mois, soit 79 séances par jour.

Une étude plus détaillée montre que 113 patients ont été dialysés sur permcath durant ces quatre années. Quelques permcath ont été exceptionnellement utilisés en autodialyse. Ce qui correspond à 10 087 utilisations de permcath sur ces quatre années, soit en moyenne 210 manipulations par mois ou 8 par jour (une manipulation = 1 branchement ou 1 héparinisation).

Ceci représente un total de 387 mois d'utilisation de permcath, soit une moyenne de 3,4 mois permcath/patient durant la période considérée.

II – LES SEPTICÉMIES

1. Généralités

59 septicémies ont été recensées chez les patients hémodialysés. Certains de ces patients ont présenté plusieurs épisodes septicémiques. Les germes responsables sont :

- 48,5 % de staphylocoques,
- 36,3 % de bacilles gram négatif,

- 7,6 % de streptocoques,
- 7,6 % de corynébactérium,

2. Chez les personnes dialysées sur permcath

Nous avons pu dénombrer 21 septicémies chez 18 patients. Notons que 9 de ces patients sont diabétiques.

Nous avons constaté :

- 17 septicémies chez 14 patients dont le point de départ était le permcath.
- 2 septicémies dont le point de départ était un cathéter central (autre que le permcath).
- 1 septicémie dont le point de départ était digestif.
- 1 septicémie dont le point de départ était urinaire.

28 % des septicémies observées durant 4 ans sont attribuables directement au cathéter de permcath. Si on isole ces septicémies, cela représente une septicémie pour 23 mois d'utilisation.

Les germes recensés dans les 17 septicémies imputables au cathéter sont : 7 staphylocoques auréus, 8 staphylocoques coagulase négative, 2 corynébactérium.

Il est important de retenir la prédominance du staphylocoque à 88 % dans les septicémies à point de départ permcath. A noter que 7 patients étaient sous bactroban au moment de leur septicémie. De plus, une étude faite en 1996 dans le service d'hémodialyse a permis d'isoler 38 souches de staphylocoques au-

réus dont 34 % étaient résistantes à la Méthicilline (Pénicilline du groupe M : Bristopen).

III – COMPLICATIONS

L'endocardite est une des complications graves de la septicémie. Nous avons choisi de nous y intéresser.

Après étude des différents dossiers précités, une seule endocardite a pu être confirmée par échographie trans-œsophagienne. C'est le cas de **Madame X Jeannine** dont nous allons parler.

Madame X Jeannine âgée de 54 ans, obèse (poids 150 kg pour une taille d'1,59 m), peu dynamique, d'une hygiène corporelle douteuse, diabétique de type II, présente en mai 1996 une insuffisance rénale subaiguë dans un contexte infectieux urinaire. La Ponction Biopsie Rénale retrouve une glomérulosclérose diabétique et une glomérulonéphrite post-infectieuse proliférative endo-capillaire. Outre une antibiothérapie, la patiente recevra des corticoïdes, le diabète devient insulino-requérant. La pose du permcath a eu lieu le 17 mai 1996 ; la patiente sera dialysée du 18 mai 1996 au 3 avril 97.

Mode de révélation de la septicémie :

- Le 12 août 1996 :
 - Hyperthermie à 39°5, frissons, altération de l'état général.
 - Douleurs articulaires diffuses et lombaires gauches.
 - Inflammation importante au niveau de l'orifice du permcath.
- Examens réalisés ce jour :
 - Hémocultures (3 séries) : isolement d'un staphylocoque auréus.
 - Prélèvement sur orifice du permcath : staphylocoque auréus.
 - Examen cyto-bactériologique des urines : staphylocoque auréus.

Infection

e t d i a l y s e

- Fond d'œil : pas de rétinite septique.
- Ablation et mise en culture du permcath le 13 août : staphylocoque auréus.
- Échographie trans-œsophagienne (le 16 août 96) : endocardite avec végétations mobiles de 15 mm sur la face endoauriculaire de la grande valve mitrale sans calcifications.
- Pas d'arthrite septique.
- Aggravation de la fonction rénale nécessitant la reprise de la dialyse qui avait été interrompue depuis fin mai 1996. Durant cette interruption, le permcath a été hépariné une fois par semaine.
- Syndrome inflammatoire : VS > 140, CRP : 240 mg/l.
- 3 scanners demandés : 1 cérébral, 1 thoracique et 1 abdominal dans le cadre d'une recherche d'un processus métastatique septique secondaire : négatif.

• Traitement instauré : **Rocéphine et Oflocet** du 12 au 14 août 1996. Traitement changé à la réception de l'antibiogramme, au profit du **Targocid** et de la **Fosfocine** (15 août 1996).

Évolution :

- Clinique :
 - Apyrexie au bout d'une semaine.
 - Éruption cutanée purpurique au 15^e jour d'hospitalisation touchant les membres inférieurs et supérieurs avec quelques éléments nécrotiques.
 - Aucun foyer septique secondaire n'est apparu au cours de l'hospitalisation.
- Examens :
 - Les 3 séries d'hémocultures réalisées le 23 août 1996 sont rentrées stériles.

- L'échographie trans-œsophagienne du 10 octobre 1996 montre la diminution de la taille de la végétation mitrale (inférieure à 12 mm), évolution vers la calcification avec insuffisance mitrale minime.
- Disparition des signes inflammatoires.

Cette patiente a été hospitalisée dans le service de néphrologie durant 44 jours. Les antibiotiques seront maintenus jusqu'au 31 octobre 1996, soit une antibiothérapie totale de plus de 2 mois et demi. En janvier 1997, suite à des douleurs lombaires, elle est admise en rhumatologie. Un scanner est pratiqué mettant en évidence une spondylodiscite. Le germe retrouvé à la ponction est toujours le staphylocoque aureus. L'antibiothérapie est donc reprise.

L'échographie trans-œsophagienne réalisée à cette époque s'est révélée négative.

Cette patiente est sortie de l'hôpital en mars 1997 et a poursuivi ses séances de dialyse en ambulatoire. Elle est décédée brutalement en avril 1997 à son domicile dans des circonstances peu précises.

Suite au problème posé par cette patiente, l'équipe médicale et soignante s'est interrogée sur les pratiques, tant au niveau de la préparation locale du patient avant intervention que dans l'utilisation et le suivi des permcath.

A la date de la pose du permcath de Madame X :

- Un protocole d'utilisation du branchement et du débranchement du permcath était déjà en application.
- Par contre, il n'existait pas de protocole de préparation de l'opéré.

Des mesures ont alors été mises en place :

- Instauration d'un protocole opéré.
- Réactualisation du protocole branchement et débranchement du permcath, afin d'avoir une démarche de soins commune et mieux adaptée.
- Sensibilisation du personnel et du patient concernant la conduite à tenir devant un permcath pour limiter les risques infectieux. (Ne pas toucher au pansement, avoir une hygiène corporelle rigoureuse, au moindre problème contacter le service de dialyse).

IV - CONCLUSION

Dans notre étude portant sur un suivi de 4 ans, 28 % des septicémies observées sont liées au cathéter de permcath (12 % des patients porteurs de permcath). A peu près la moitié des septicémies surviennent chez des patients qui bénéficient d'une prophylaxie par bactroban.

La population des dialysés est une population immuno-déprimée et le risque de septicémie est particulièrement élevé par rapport au reste de la population en général (multiplié par 330 dans une récente étude Danoise) : "*Nephrology Dialysis Transplantation 1998, 13 : 139-145 : Staphylococcus aureus bacteraemia among patients undergoing dialysis - focus on dialysis catheter-related cases*".

Compte tenu du risque infectieux dans cette population, tout doit être mis en œuvre pour que les protocoles appliqués soient garants d'une qualité de soin optimale.