

# Infection

## e t d i a l y s e

### LA FLORE MICROBIENNE EN DPCA. Y A-T-IL UNE SPÉCIFICITÉ RURALE ?

M. AMIROU<sup>(1)</sup> / M. PERES<sup>(2)</sup> / H. BERMONT<sup>(2)</sup> / M.-C. DESMARET<sup>(2)</sup> / M. DESINDE<sup>(3)</sup> /

G. HUET<sup>(1)</sup> / J. GAUTIER<sup>(4)</sup> et l'équipe infirmière et aide-soignante

du Service de Néphrologie de l'Hôpital de Gap.

(1) Néphrologue, (2) Infirmière, (3) Cadre-infirmier, (4) Chef de service.

#### INTRODUCTION

Nous avons étudié la flore microbienne des émergences des cathéters de dialyse péritonéale et sa relation avec la flore des péritonites afin d'évaluer s'il existe une spécificité rurale.

#### PATIENTS ET MÉTHODES

Chez 24 patients suivis en dialyse péritonéale continue ambulatoire durant 1 an, sur système UV flash, majoritairement, un prélèvement d'émergence est réalisé tous les mois lors des consultations systématiques. Les patients sont pris en charge par les infirmières libérales dans 80 % des cas et la plupart habitent une ferme ou en ont une relation directe.

Nous avons ainsi colligé l'ensemble des germes responsables de péritonites durant cette période et les germes que nous avons trouvé sur les émergences.

Une classification de l'aspect de l'émergence est réalisée à chaque fois selon la méthode de Pierratos.

#### RÉSULTATS

Sur 270 prélèvements d'émergence réalisés, 28 % sont stériles et la suite de la flore microbienne se répartit comme suit :

- staphylocoque coagulase négatif 47 %
- staphylocoque auréus 13 %
- streptocoque B 1,6 %
- Corynébactéries 5 %
- pseudomonas 1,2 %

nombre de 12. Les germes retrouvés sont les suivants :

- staphylocoque auréus 33 %
- staphylocoque coagulase négatif 25 %
- entérobactérie 16 %
- acinéto-bacter 8 %
- gémella 8 %
- candida 8 %

La fréquence des infections péritonéales est donc de 1 péritonite tous les 28 mois/patient.

Concernant les **abcès du tunnel** :

9 abcès sont répertoriés avec la répartition suivante :

- entérobactérie 1,2 %
- germes divers 1,2 %

Au cours de la même période, les **péritonites** sont colligées et elles sont au

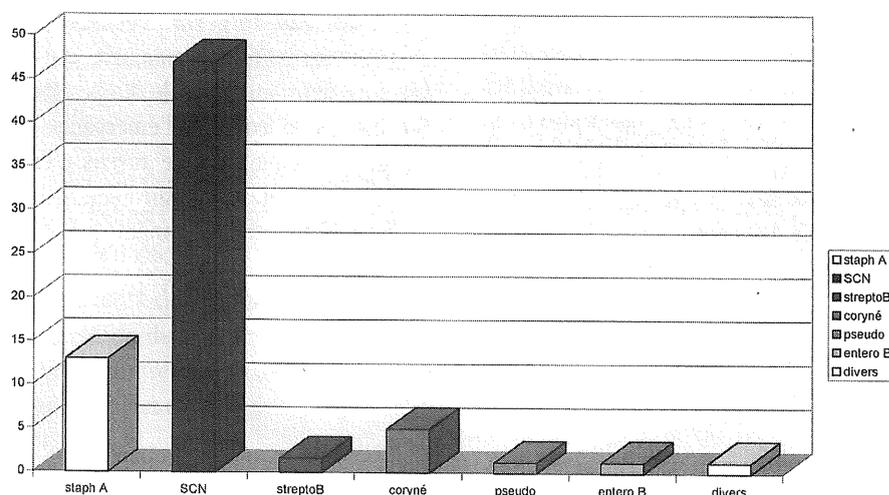


figure 1 : La flore bactérienne des émergences

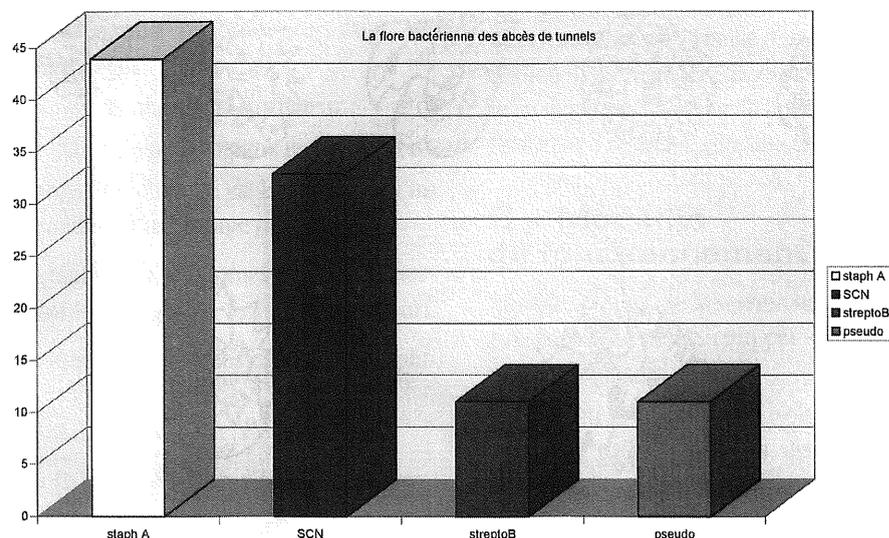


figure 2 : La flore bactérienne des abcès de tunnels

# Infection

## et dialyse

- staphylocoque auréus	44 %
- staphylocoque coagulase négatif	33 %
- streptocoque B	11 %
- pseudomonas	11 %

### DISCUSSION

Les infections de l'émergence sont définies comme étant un orifice porteur d'un germe et coté au moins à 3 sur la classification de Pierratos (1) qui en comporte 10. Le traitement avait comporté dans tous les cas : Vancomycine localement en instillations et en intraveineux une fois.

La comparaison de notre série avec celle de Issad (2) et collaborateur montre qu'il n'est pas de spécificité rurale puisque les germes que nous avons retrouvés sur les émergences ne sont pas significativement différents.

L'incidence des abcès du tunnel n'est pas plus élevée dans notre série. Elle est d'un abcès tous les 21 mois/patient.

L'ablation du cathéter de dialyse péritonéale n'a été nécessaire qu'une fois du fait de la présence du pseudomonas. L'incidence des péritonites est une péritonite tous les 28 mois/patient.

Nous avons comparé la flore microbienne de nos péritonites à celle rapportée par le Dr Milongo (Grenoble) dans une série non publiée et on ne trouve pas de différence significative.

Tous les germes des péritonites ont été identifiés par la méthode Tween. Chez tous les patients qui ont eu une péritonite, nous avons recherché simultanément le germe retrouvé sur l'émergence. Dans 25 % des cas, le germe retrouvé sur l'émergence est différent de celui qui est retrouvé dans le liquide de dialyse. Dans 59 des cas, le frottis de l'émergence est stérile ; le staphylocoque aureus n'était présent en même temps sur l'émergence et dans le liquide péritonéal que dans 16 % des cas.

### EN CONCLUSION

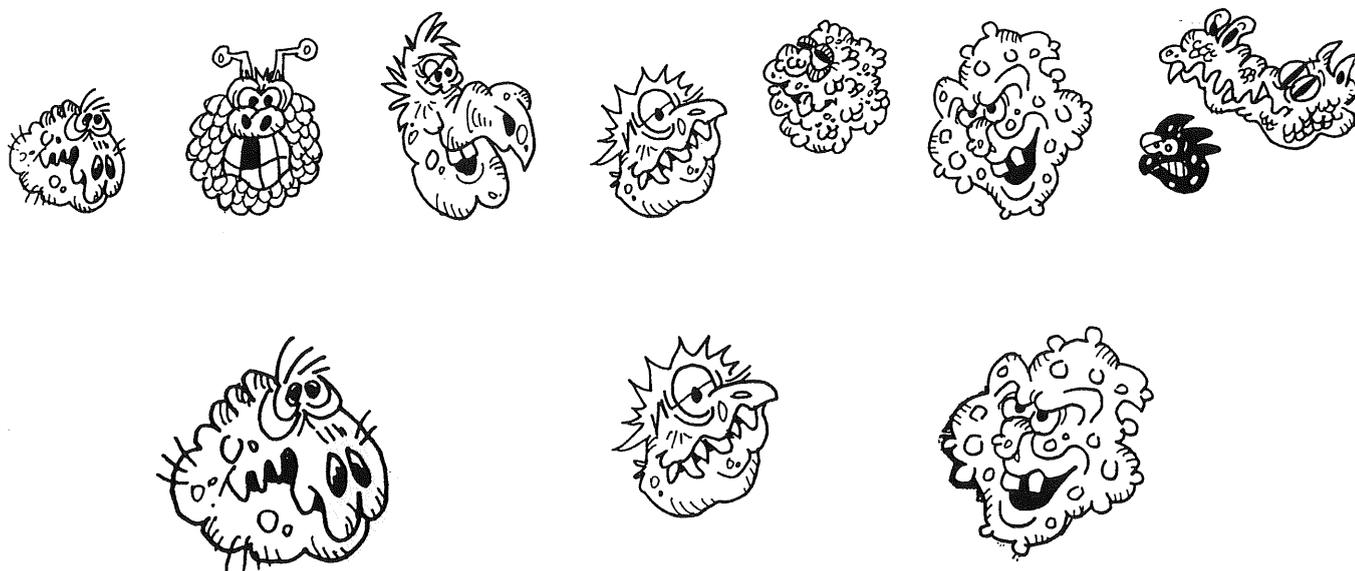
Contrairement à notre attente la flore microbienne n'est pas spécifique. Il n'y a pas de relation entre les germes retrouvés sur les émergences et ceux retrouvés lors des péritonites dans notre étude. La réalisation de frottis systématique mensuel n'a donc aucun intérêt prédictif.

### BIBLIOGRAPHIE

(1) Pierratos A, *Peritoneal dialysis glossary*. Perit Dial Bull 1984, 4, 2, 3.

(2) Issad B., *Traitement curatif de l'infection de l'émergence et/ou du tunnel du cathéter de dialyse péritonéale*. Bulletin de dialyse péritonéale 1996, 6, 38-43.

(3) Milongo R., *Les péritonites en dialyse péritonéale*. Données non publiées.



(Illustration tirée de la revue FNAIR, avec l'aimable autorisation de son auteur, D. BOUZOU)