

# INFECTION SUR CATHETER (VEINEUX, ARTERIEL): REMARQUES PREALABLES

## • Définitions

- S'applique aux cathéters de courte et longue durée, cathéters artériels et veineux, portes-à-cath, ....
- Les infections sur cathéter et, en particulier, les bactériémies liées à la présence d'un cathéter, sont fréquentes. Elles contribuent à l'augmentation:
  - de la durée du séjour hospitalier.
  - du coût de l'hospitalisation.
  - de la mortalité.
- Leur diagnostic doit être considéré:
  - chez tous les patients avec un cathéter (cathéter veineux périphérique ou central, cathéter artériel, porte-à-cath) présent dans les 48 heures qui précèdent le début des symptômes (frissons, symptômes de sepsis).
  - en absence d'une autre (que le cathéter) source apparente d'infection.
- Distinction obligatoire entre une infection sur cathéter locale et systémique (sur base de l'évaluation clinique et des résultats des hémocultures).
  - En absence de bactériémie ou de fongémie concomitante, une infection locale (au site d'accès du cathéter, de la poche, du tube) doit être considérée:
    - définitive si les cultures d'un échantillon obtenu au site d'insertion d'une part et de la pointe du cathéter d'autre part sont positives pour le même pathogène.
    - possible si seulement la culture du drainage est positive.
  - Si uniquement la culture de la pointe du cathéter est positive, une colonisation doit être considérée (sauf si la culture montre  $\geq 15$  CFU de *Staphylococcus aureus*).
  - Une infection systémique doit être considérée:
    - définitive si elle répond à 1 un des 3 critères suivants.
      - ▲ La culture d'un segment du cathéter (pointe du cathéter à préférer par rapport au segment sous-cutané) est positive ( $\geq 15$  CFU par segment du cathéter en cas de culture sémi-quantitative ou  $\geq 100$  CFU par segment en cas de culture quantitative) en combinaison avec l'isolement du même pathogène (espèce et sensibilités) d'une hémoculture périphérique.
      - ▲ Les hémocultures (échantillons simultanément obtenus via le cathéter veineux central et une veine périphérique) révèlent un ratio de CFU de  $\geq 5$  à 1.
      - ▲ Observation d'un intervalle d'au moins 2 heures entre la positivité (hémoculture) d'un échantillon obtenu via le cathéter veineux central et celle d'un échantillon veineux périphérique (dans cet ordre).
    - possible si 2 hémocultures quantitatives (échantillons obtenus via 2 lumières) révèlent des résultats différents (différence d'au moins un facteur 3 entre le nombre de CFU dans les 2 échantillons).
- A prendre en considération.
  - Si uniquement la culture de l'échantillon obtenu via le cathéter est positive (et pas la culture du sang périphérique), la valeur prédictive positive en faveur d'une vraie infection sur cathéter est plutôt faible. Dans ce cas le traitement anti-infectieux peut être arrêté et le patient suivi de près (identification de signes d'infection, hémocultures répétées).
  - Si uniquement la culture de l'échantillon périphérique est positive (et celle obtenue via le cathéter reste négative), la valeur prédictive négative est élevée (dans ce cas: recherche d'un autre foyer infectieux).

## • Retrait du cathéter

- Dans 70 à 85% des cas suspects, il n'y a pas d'infection et le retrait du cathéter peut être postposé jusqu'à la disponibilité des résultats microbiologiques (attente vigilante).  
Toutefois, le retrait immédiat est obligatoire (sans attendre les résultats microbiologiques) en présence de:
  - signes locaux au site d'insertion (érythème, douleur, chaleur, induration, présence d'exsudats ou de pus, ...).
  - signes de sepsis sévère ou de choc septique.
- Résultats microbiologiques confirment la suspicion d'infection sur cathéter.
  - Retrait de tout cathéter de courte durée (peu d'exceptions).
  - Le maintien de cathéters de longue durée peut être considéré en absence:
    - d'infection compliquée telle que thrombophlébite suppurative, endocardite, ostéomyélite, sepsis sévère, ....
    - de sepsis persistant malgré un traitement approprié de  $> 72$  heures.
    - d'infection à pathogènes spécifiques, tels que *Staphylococcus aureus*, bacilles à Gram négatif (en particulier *Pseudomonas aeruginosa*), champignons ou mycobactéries.

- d'infection à pathogènes moins virulents mais plus difficiles à éradiquer comme *Bacillus* spp., *Micrococcus* spp. ou *Propionibacterium* spp.