

Bulletin de la Dialyse à Domicile

Home Dialysis Bulletin (BDD)

Journal internationale bilingue pour partager les connaissances et l'expérience en dialyse à domicile
(Edition française) (English version available at same address: <https://doi.org/10.25796/bdd.v7i1.82923>)

Péritonite à *Kocuria Rhizophila* en dialyse péritonéale : A propos de 2 cas et revue de la littérature (*Kocuria Rhizophila* peritonitis in peritoneal dialysis: About 2 cases and review of the literature)

Awena Le Fur, Anne-Hélène Querard, Grégoire Couvrat-Desvergnès

Service de néphrologie - CHD Vendée- Les Oudairies - La Roche sur Yon (France)

Pour citer : Le Fur A, Querard A-H, Couvrat-Desvergnès G. *Kocuria Rhizophila* peritonitis in peritoneal dialysis: About 2 cases and review of the literature. Bull Dial Domic [Internet]. 7(1). Available from: <https://bdd.rdplf.org/index.php/bdd/article/view/82923>

Résumé

Les auteurs rapportent deux cas cliniques de péritonite à *Kocuria rhizophila*, un germe peu fréquent mais pathogène, survenus dans un centre de dialyse sur une période de trois mois en 2022. Ces cas ont nécessité la dépose du cathéter de dialyse péritonéale, illustrant la gravité potentielle de ces infections. Les auteurs décrivent les caractéristiques clinico-biologiques de ces péritonites et soulignent la difficulté de distinguer *Kocuria* des autres cocci Gram positif, comme les staphylocoques, en raison de leur ressemblance morphologique, et la nécessité d'une identification précise pour un traitement approprié.

La discussion aborde la fréquence et la gestion des péritonites à *Kocuria* en France, basée sur une étude observationnelle de cohorte utilisant les données du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF) entre janvier 2018 et mai 2023. Cette étude a révélé que les péritonites à *Kocuria* représentaient 3,5% des péritonites documentées, *Kocuria rhizophila* étant le plus fréquemment identifié. L'étude met en évidence un taux important de récurrences et la nécessité fréquente de retirer le cathéter, soulignant la gravité de ces infections.

Conclusion : Les auteurs suggèrent qu'en cas de péritonite à *Kocuria rhizophila*, une dépose-repose rapide du cathéter pourrait être envisagée en raison du taux élevé de récurrences. Ils appellent également à une vigilance accrue et à un suivi rapproché des patients traités conservativement par antibiothérapie pour minimiser le risque de récurrence et d'échecs techniques, indiquant un besoin de stratégies thérapeutiques adaptées face à ce pathogène spécifique.

Mots-clés : Dialyse péritonéale, péritonite, *kocuria*, récurrence, cathéter

Summary

The authors report two clinical cases of peritonitis caused by *Kocuria rhizophila*, an uncommon but pathogenic bacterium, that occurred in a dialysis center over a three-month period in 2022. These cases required removal of the peritoneal dialysis catheter, illustrating the potential severity of these infections. The authors describe the clinicobiologic features of these peritonitis and highlight the difficulty in distinguishing *Kocuria* from other gram-positive cocci, such as staphylococci, due to their morphologic similarity and the need for accurate identification for appropriate treatment.

The discussion focuses on the incidence and management of *Kocuria* peritonitis in France, based on an observational cohort study using data from the Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF) between January 2018 and May 2023. The study found that *Kocuria* peritonitis accounted for 3.5% of documented peritonitis, with *Kocuria rhizophila* being the most commonly identified. The study highlights a high recurrence rate and the frequent need for catheter removal, underscoring the severity of these infections.

Conclusion: The authors suggest that rapid catheter removal and replacement should be considered in cases of *Kocuria rhizophila* peritonitis, given the high rate of relapse. They also call for increased vigilance and close follow-up of patients treated conservatively with antibiotics to minimize the risk of relapse and technical failure, suggesting the need for therapeutic strategies tailored to this specific pathogen.

Keywords : peritoneal dialysis, peritonitis, relapse, *kocuria*, catheter



Introduction

ABREVIATIONS	
CGP :	Cocci Gram Positif
BGN :	Bacille Gram Négatif
AOMI :	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
DPCA :	Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire
DPA :	Dialyse péritonéale automatisée
IP :	Intra péritonéale
PNN :	Polynucléaires neutrophiles
RDPLF :	Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française

Les péritonites représentent aujourd'hui 14 % des causes de transfert de la dialyse péritonéale vers l'hémodialyse en France et 3 % des décès [1].

Les progrès techniques et médicaux (flush and fill, antiseptie et application de mupirocine notamment) ainsi que le développement des programmes d'éducation thérapeutique des patients ont permis de réduire l'incidence de survenue des péritonites en particulier à cocci gram positif (CGP), plus fréquentes chez les patients diabétiques.

L'identification du germe n'est pas toujours possible et la proportion de péritonites à culture négative varie de 10 % à 50 % d'un centre à l'autre [2]

L'identification du germe nécessite une analyse rapide du dialysat effluent inoculé dans des flacons d'hémocultures (e.g BACTEC, Kent, UK) après une stase d'au moins 2 heures. Une méthode de culture optimale du dialysat (centrifugation du dialysat puis resuspension du surnageant sur milieu de culture) doit permettre de limiter le taux de péritonites non documentées à < 10%.

L'analyse phénotypique avec analyse en spectrométrie de masse (automate VITEK MS de Biomérieux) est souvent réalisée en première intention puis des galeries biochimiques automatisées (automate VITEK 2 de Biomérieux) permettent l'identification de la bactérie en cas d'échec de la spectrométrie.

Les staphylocoques sont responsables de la majorité des péritonites à CGP, qu'il s'agisse de staphylocoque coagulase positive comme le staphylocoque doré ou coagulase négative.

Lors de l'analyse micro et macroscopique des cultures, une confusion initiale entre un staphylocoque notamment coagulase négative et d'autres espèces de CGP comme *Kocuria* est possible et fréquente.

Les espèces du genre *Micrococcus* et *Kocuria* appartiennent à la famille des *Micrococcaceae* et sont également des CGP en amas ou en tétrades. Elles diffèrent du staphylocoque en microscopie optique par leur plus grande taille et leur couleur plus jaune. Ce sont des germes saprophytes de la peau, des muqueuses et de l'oropharynx chez les êtres humains qui deviennent pathogènes en cas d'immunodépression. Ces bactéries ont été associées en particulier à des péritonites en dialyse péritonéale.

L'ISPD a publié des recommandations sur l'antibiothérapie probabiliste des péritonites, récemment synthétisées par Taghavi et Dratwa [3] ciblant les CGP et les BGN mais les péritonites à *Micrococcus* et à *Kocuria* ne sont pas évoquées spécifiquement dans ces recommandations.

Nous rapportons deux cas de péritonites à *Kocuria rhizophila* diagnostiquées dans notre centre sur une période de trois mois en 2022 et ayant conduit à la dépose du cathéter de dialyse péritonéale. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques clinico-biologiques, l'évolution de ces péritonites à *Kocuria Rhizophila* et de recenser les données disponibles dans le registre RDPLF comparées aux données disponibles dans la littérature.

Cas Cliniques

Cas clinique 1

M. L. âgé de 70 ans présente une insuffisance rénale chronique sur une probable néphroangiosclérose. Ses antécédents sont marqués par un tabagisme actif, une exogénose et une AOMI stade 3 revascularisée par voie endovasculaire.

Il est traité par dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) depuis 5 ans et réalise trois échanges quotidiens.

Il a présenté un antécédent de péritonite à *Streptocoque salivarius* et *vestibularis* deux ans auparavant d'évolution simple sous cefazoline IP.

Il se présente initialement avec une fissuration de ligne ayant nécessité un changement, mais sans argument clinico-biologique pour une péritonite initialement. Néanmoins le prélèvement de son dialysat réalisé de façon systématique revient positif à *Micrococcus luteus*, qui a été considéré comme une contamination d'un germe non pathogène en l'absence d'hypercellularité dans le dialysat.

Le patient présente trois semaines plus tard un tableau de douleurs abdominales intenses avec une défense diffuse et un iléus fonctionnel. Il est apyrétique sans signe de gravité hémodynamique. Le liquide effluent est trouble et l'analyse du dialysat confirme la péritonite avec une hypercellularité à 9440 éléments/mm³ dont 80 % de PNN.

Le bilan sanguin retrouve un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 125 mg/L, sans hyperleucocytose. L'albuminémie plasmatique était à 30 g/L.

Un traitement probabiliste par cefazoline et ceftazidime IP est administré selon le protocole local et les recommandations de l'ISPD.

L'examen direct identifie un CGP, le ceftazidime est donc suspendu avec poursuite d'une monothérapie par cefazoline.

L'évolution est marquée par une amélioration clinique rapide avec diminution des douleurs après lavages et pose de sonde naso gastrique (iléus fonctionnel) mais persistance de cultures de dialysat positives à *Kocuria rhizophila* pendant 6 jours. La cefazoline est remplacée par de la vancomycine IP dans l'attente de l'antibiogramme.

L'antibiogramme identifie secondairement une souche multi sensible.

Les prélèvements reviennent finalement stériles à 48 heures de traitement par Vancomycine, poursuivi durant 21 jours.

L'analyse du dialysat en fin traitement est stérile avec normalisation de la cellularité péritonéale à 17 éléments /mm³ mais constitué encore de 68% de PNN. La CRP reste légèrement élevée à 40 mg/L.

A 10 jours de la fin de l'antibiothérapie, le patient présente à nouveau des douleurs abdominales intenses avec une défense diffuse. Le liquide est trouble et l'analyse confirme la rechute de péritonite (5760 éléments nucléés/mm³ dont 89% de PNN). Le bilan sanguin retrouve alors une majoration du syndrome inflammatoire avec une CRP à 80 mg/L sans hyperleucocytose. La prise en charge consiste alors en la reprise d'une antibiothérapie associant Vancomycine IP, ceftazidime IP et Amikacine IP.

La culture du dialysat identifie à nouveau *Kocuria rhizophila* sans mise en évidence de filaments mycéliens.

Compte tenu de cette rechute de péritonite à *Kocuria rhizophila* liée à une possible colonisation du cathéter, la prise en charge a consisté en une dépose + repose en un temps du cathéter sous couverture par Vancomycine. L'évolution a par la suite été favorable au niveau infectiologique.

Ce cas clinique pose la question de la pathogénie particulière de ce germe habituellement peu pathogène et de sa capacité à produire un biofilm dans le cathéter qui a dans ce cas conduit à la dépose. La culture du cathéter est restée stérile, possiblement décapitée par l'antibiothérapie préalable.

Ce cas clinique souligne l'importance de considérer la présence de *Kocuria* ou de *Micrococcus luteus* comme agent pathogène et non comme un contaminant simple sur les prélèvements de dialysat.

Cas clinique 2

Mme L, âgée de 77 ans, insuffisante rénale chronique liée à une séquelle de nécrose tubulaire aigüe en contexte de choc hémorragique. Ses antécédents sont marqués par une AOMI revascularisée par voie endovasculaire, une hypertension artérielle et une allergie (réaction anaphylactique) aux céphalosporines. La patiente a présenté 12 épisodes de péritonites auparavant (présence de chats au domicile avec multiples péritonites à *pasteurella*).

Elle est traitée par DPA depuis 7 ans après un échec de transplantation rénale.

Elle se présente en hospitalisation en raison d'un liquide trouble, sans douleur abdominale ni fièvre. L'analyse du dialysat confirme la péritonite (800 éléments nucléés/mm³ dont 80% de PNN). Le bilan biologique ne met pas en évidence de syndrome inflammatoire. Un traitement probabiliste par azactam IV + vancomycine IP est administré en raison d'une allergie vraie au ceftazidime et à la cefazoline.

L'examen direct identifie un CGP permettant de suspendre l'azactam. La culture identifie un *Kocuria rhizophila* multisensible.

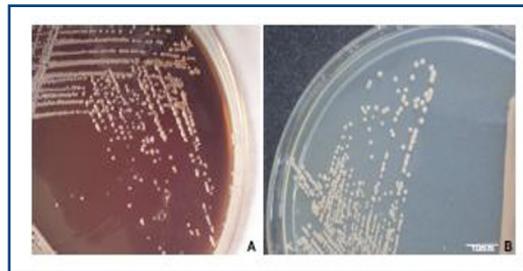
L'évolution est favorable sous vancomycine IP, une dépose + repose en un temps est effectuée après 4 semaines de traitement dans le contexte de péritonites récidivantes présentées par la patiente.

Cette seconde observation survenue trois mois après notre premier cas pose la question du mode de transmission et de la possibilité d'une transmission nosocomiale de *Kocuria*. Dans notre cas les deux souches étaient multi sensibles, sans critère discriminant sur la simple phénotypie pour affirmer qu'elles soient identiques. Une électrophorèse en champ pulsé est en cours au CHU de Nantes pour comparer les souches et éliminer une transmission nosocomiale.

Discussion

1 - *Kocuria rhizophila*

Kocuria rhizophila est un CGP commensal de l'environnement. Il appartient à la famille des *Micrococcaceae*, comme les *staphylococcus* et *Micrococcus* qui forment des tétrades et sont catalase positive et coagulase négative (Figure 1)

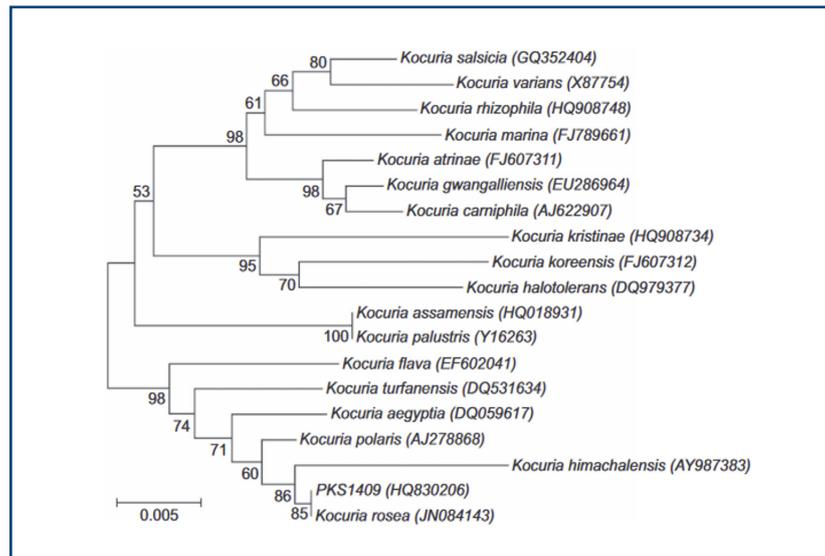


↑ Figure 1. Aspect macroscopique des colonies de *Kocuria* sur milieu de culture solide [6]

Ainsi, la distinction entre *staphylococcus* et *Kocuria* est difficile à l'examen direct, micro et macroscopique des cultures, l'aspect des colonies étant proches.

L'analyse spectrométrique des protéines constitutives de la bactérie permet néanmoins d'identifier l'espèce avec une bonne spécificité. C'est la technique qui a été utilisée dans notre centre pour identifier *Kocuria rhizophila*.

19 espèces de *Kocuria* ont été identifiées (Figure 2), dont cinq ont été rapportées comme responsables d'infections chez l'Homme (*K.kristinae*, *K.varians*, *K.marina*, *K.rosea* et *K. rhizophila*)



↑ Figure 2. Analyse phylogénique par séquençage de l'ARN16S des différentes *Kocuria* [6].

K. rhizophila est une bactérie du sol, des poussières, de l'eau et de l'air et fait partie de la flore naturelle de la peau des mammifères. La bactérie peut aussi coloniser la bouche, des muqueuses, notamment de l'oropharynx et des voies respiratoires supérieures humaines. La transmission peut se faire par contact avec des objets ou des surfaces contaminées et également possible par transmission gouttelettes ou par inhalation d'aérosols contaminés.

K. rhizophila est aussi une souche bactérienne isolée dans le poulet traité par acide oxalique. Ainsi, une source possible de contamination serait un contact avec de la viande contaminée. Une étude récente souligne l'adhérence de la bactérie au tube en silicone, possiblement à l'origine des échecs de traitement antibiotiques. La production d'un biofilm a été suggérée mais non formellement démontrée pour toutes les souches de *Kocuria* [7]. Les seuils de sensibilité aux antibiotiques utilisés pour *Kocuria* sont les mêmes que pour le staphylocoque en l'absence de recommandations spécifiques. A notre connaissance, il n'y a pas de profil de résistance particulier aux antibiotiques rapporté dans la littérature.

2 - Péritonites à *Kocuria* en France métropolitaine

2 -1 Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle de cohorte pour recenser les péritonites à *Kocuria* survenues en France métropolitaine dans le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF) entre le 1er janvier 2018 et le 15 mai 2023.

La base de données du RDPLF est déclarée à la Commission Nationale de L'Information et des libertés sous le numéro : 11950164795. Les données ont été exportées dans un fichier indépendant après anonymisation totale et irréversible. S'agissant de données rétrospectives à partir d'un registre le consentement écrit des patients n'était pas nécessaire pour l'étude. La conception et le fonctionnement du RDPLF ont été décrit par ailleurs [8].

A l'échelle nationale, 4655 cas de péritonites ont été déclarées sur le registre du RDPLF entre le

1er janvier 2018 et le 15 mai 2023.

La documentation bactériologique était renseignée par 23 des centres participants, soit 1144 épisodes de péritonites, dont 40 à *Kocuria*, soit 3.5% des péritonites documentées.

2 - 2 Résultats

Caractéristiques générales

Parmi les 40 péritonites à *Kocuria*, 26 étaient des péritonites à *K. Rhizophila* soit 65% des épisodes de péritonites à *Kocuria* (1 cas de *K.Kristinae*, 1 cas de *K.Marina*, 1 cas de *K.varians* et 8 cas *K spp.*) et 2.27% de l'ensemble des péritonites documentées.

↓ Tableau I. Caractéristiques générales des patients ayant présenté une péritonite à *Kocuria Rhizophila*

	Patients = 18
Sexe féminin, n (%)	7 (38.8%)
Age moyen (années)	50.6 (36-83.5)
Diabète insulino requérant	3 (16.6%)
Polykytose hépato rénale	2 (11%)
Diabétique non insulino requérant/néphroangiosclérose	8 (44.5%)
Autres glomérulopathies	4 (22.25%)
Cause inconnue	4 (22.25%)
DPCA	12 (66.6%)
DPA	6 (33.3%)

Les 26 épisodes de péritonites à *K.Rhizophila* sont survenus chez 18 patients, dont les caractéristiques générales sont résumées dans le tableau 1.

Les 18 patients ayant présenté une péritonite à *K.rhizophila* se caractérisent par une moyenne d'âge plus faible que la population totale des patients traités par dialyse péritonéale analysés par le rapport annuel du RDPLF en 2022 (58 ans pour les patients en DPA et 70 ans pour les patients en DPCA) [9], la proportion de diabétiques insulino-requérants est légèrement plus faible (16,6% versus 23% dans la population totale).

La répartition des différentes néphropathies est similaire à la population totale des patients en dialyse péritonéale.

Evolution

Dans cette cohorte de 18 patients, nous avons observé un taux de récurrence important.

La récurrence est définie par la survenue d'une péritonite au même germe dans les 4 semaines suivant la fin du traitement.

N'ayant pas d'information sur la durée de traitement administrée à chaque patient, nous avons considéré comme récurrence tous les épisodes survenus dans les 2 mois en supposant que l'antibiothérapie initiale a été administrée pour une durée de 14 à 28 jours.

Les caractéristiques évolutives des péritonites à *Kocuria rhizophila* sont résumées dans le tableau 2.

↓ **Tableau II. Caractéristiques évolutives du 1er épisode de péritonite NA : Donnée non renseignée dans la base du RDPLF**

	Récidive (oui -non)	Nombre et délai avant récidive	Dépose cathéter en lien avec la péritonite	Délai avant la fin de technique (mois)
Patient 1	oui	1 (2 mois)	non	En cours
Patient 2	oui	2 (2 et 3 mois)	non	NA
Patient 3	non	0	non	En cours
Patient 4	non	0	non	48 mois
Patient 5	non	0	non	6 mois
Patient 6	oui	1 (1,5 mois)	oui	
Patient 7	non	0	oui	7 mois
Patient 8	non	0	NA	2 mois
Patient 9	oui	1 (1.5 mois)	NA	2 mois cause péritonite
Patient 10	oui	2 (1.5 et 3.5 mois)	NA	29 mois
Patient 11	non	0	NA	36 mois
Patient 12	non	0	NA	11 mois
Patient 13	non	0	oui	12 mois
Patient 14a	non	0	non	
Patient 14b	non	0	oui	24 mois
Patient 15	non	0	oui	3 mois
Patient 16	non	0	oui	2 mois
Patient 17	non	0	NA	6 mois
Patient 18	non	0	non	En cours

Seuls 7 centres participaient au module cathéter du registre. Les données concernant l'ablation du cathéter en lien avec la péritonite étaient renseignées par les centres pour 9 patients. Néanmoins nous avons considéré toutes les ablations de cathéter déclarées par les centres et survenues dans les 3 mois comme attribuable à la péritonite en l'absence d'autre cause renseignée.

Le patient 14 a présenté deux épisodes distincts de péritonites à *Kocuria rhizophila* à 9 mois d'intervalle (péritonite répétée) qui ont été étudiés comme deux péritonites distinctes, et non une récidive.

Dans notre série, nous rapportons une proportion importante de récidives, qui ont concernées 5/18 patients soit 26.3 % des patients.

Dans leur série de péritonites à *Kocuria*, Dotis et al. rapportaient 22% de récidive de péritonite à *K. varians* et une péritonite réfractaire. Aucun cas de péritonite à *K.rhizophila* n'était décrit [10].

Parmi les 18 patients et 19 épisodes de péritonites (2 péritonites répétées pour le patient 14), 7 ont nécessité une dépose de cathéter dans les 3 mois, soit 36%. Le lien de causalité entre péritonite et infection était renseigné dans la base de données pour 4 d'entre eux.

Parmi les 13 patients qui n'ont pas présenté de rechute, la survie technique était de 17 mois en

moyenne (11/13 patients ont arrêté la technique).

Outre la proportion importante de récurrence, nous pouvons donc aussi constater la grande fréquence d'échecs techniques après une péritonite à *Kocuria rhizophila*.

Nous rapportons ici deux cas de péritonites à *Kocuria rhizophila*, survenues à quelques mois d'intervalle dans notre service et dont la comparaison des souches est en cours.

Un seul cas de péritonite à *Kocuria rhizophila* a été publié dans la littérature à notre connaissance chez une patiente pédiatrique [11].

Bien qu'il s'agisse d'un germe peu fréquent car habituellement peu pathogène, il a probablement entraîné une colonisation du cathéter avec nécessité de déposer le cathéter de dialyse chez nos deux patients, le premier en raison d'une récurrence de péritonite et le second en raison de la répétition des péritonites.

Ces deux observations soulignent tout d'abord la nécessité de connaître et d'identifier ces germes méconnus mais pathogènes chez les patients en dialyse péritonéale et de ne pas les considérer comme simple contamination.

En France métropolitaine entre le 1er janvier 2018 et mai 2023, 3.5% des péritonites documentées et rapportées dans le RDPLF étaient à *Kocuria*, dont 65% à *K. rhizophila*.

Il ne semble pas y avoir d'augmentation de prévalence durant cette période (5 épisodes/an en moyenne).

Malgré les biais liés à la non-exhaustivité des données du registre (pas d'information détaillée sur l'évolution infectieuse ni le lien de causalité entre la pose et la péritonite), les données semblent confirmer l'importance de taux de récurrence qui ont concernés 26.3% des patients et la sévérité avec nécessité d'ablation du cathéter dans les 3 mois pour 36% des patients.

Une étude complémentaire plus détaillée des cas centre par centre permettrait d'améliorer la description de ces péritonites et de s'intéresser au profil de sensibilité de *K.rhizophila* pour en déterminer une recommandation thérapeutique.

La littérature internationale rapporte une série de péritonites à *Kocuria*, mais aucune n'était liée à *Kocuria rhizophila* [10]. Dans cette série, 9 patients en dialyse péritonéale ont présenté 12 épisodes de péritonites à *Kocuria*. Le traitement de première ligne utilisé était des C1G IP ou de la Vancomycine IP. La durée médiane de traitement était de 14 jours (7-20 jours) et 3/9 patients ont nécessité une ablation de cathéter (2 récurrences et une péritonite réfractaire). Des auteurs ont préconisé l'ablation du cathéter de Tenckhoff en cas de péritonites à *K.varians* mais aucune recommandation n'est disponible en cas de péritonite à *K.rhizophila*.

Conclusion

Compte tenu des données que nous avons observées dans notre centre et rapportées par le RDPLF, il apparaît raisonnable d'envisager rapidement une pose-repose de cathéter compte tenu du taux élevé de récurrences lors de péritonites à *Kocuria rhizophila*. La présence d'un biofilm lors de

ces péritonites est fortement suggérée mais n'a néanmoins pas été démontrée à ce jour [4].

A défaut d'une stratégie de dépose –repose de 1ère intention, la possibilité de recourir à un traitement par Urokinase IP peut se discuter.

En cas de traitement conservateur par antibiothérapie IP, une vigilance particulière doit être apportée au risque de récurrence et d'échecs techniques avec un monitoring rapproché de la cellularité et de la culture du dialysat.

Auteurs

Le Dr Awena Le Fur a rédigé l'article dans le cadre de son mémoire pour le diplôme inter universitaire de dialyse péritonéale session 2023.

Le Dr Anne-Hélène Querard et le Dr Grégoire Couvrat-Desvergnès ont relu l'article et fait part de leurs remarques.

Déclaration d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt avec cet article et n'avoir bénéficié d'aucun financement.

Remerciements

Dr Christian Verger pour la transmission des données du RDPLF, Au Dr Sophie Parahy et à son équipe de dialyse péritonéale, pour son accueil et m'avoir très chaleureusement accueillie en stage dans leur unité et transmis leur connaissance.

Au Dr Bouard et Leterrier du CHD Vendée, pour les échanges bactériologiques et leurs lumières concernant l'identification de Kocuria.

A mes formidables collègues les Dr Chapal, Dr Charpy, Dr Couvrat-Desvergnès, Dr Grellier, Dr Querard et Dr Target qui m'ont soutenue et remplacée dans le service pour la réalisation de ce DIU.

Au Dr Couvrat-Desvergnès qui m'a particulièrement permis de dégager le temps nécessaire à la rédaction de ce mémoire.

Aux IDE de DP, Hélène, Léonie, Lucie, Marion, Marine, Agathe, Audrey, Justine, Karine et Chloé pour leur collaboration et les projets à venir en dialyse péritonéale.

Références

1 - Verger C, Fabre E, Veniez G, Paderno MC. Synthetic 2018 data report of the French Language Peritoneal Dialysis and Home Hemodialysis Registry (RDPLF). Bull Dial Domic [Internet]. 2019 Apr. 10 [cited 2024 Feb. 2];2(1):1-10.

DOI: <https://doi.org/10.25796/bdd.v2i1.19093>

2- Verger C, Veniez G, Dratwa M. Variability of aseptic peritonitis rates in the RDPLF. Bull Dial Domic [Internet]. 2018 Jun. 13 [cited 2024 Feb. 2];1(1):9-13.

DOI: <https://doi.org/10.25796/bdd.v1i1.30>

3 - 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.

DOI: <https://doi.org/10.1177/08968608221080586>.

Erratum in: Perit Dial Int. 2023 May;43(3):279.

4 - Purty S, Saranathan R, Prashanth K, Narayanan K, Asir J, Sheela Devi C, Kumar Amarnath S. The expanding spectrum of human infections caused by Kocuria species: a case report and literature review. Emerg Microbes Infect. 2013 Oct;2(10):e71.

DOI: <https://doi.org/10.1038/emi.2013.71>

5 - Taghavi M, Dratwa M. Overview of ISPD 2022 guideline recommendations for peritonitis prevention and treatment. Bull Dial Domic [Internet]. 2022 Jun. 15;5(2):93-103. DOI: <https://doi.org/10.25796/bdd.v5i2.66753>

6- Bannerman T.L et al, 2007 Staphylococcus Micrococcus and Other Catalase-positive cocci Manual of Clinical Microbiology (pp.390-404).

7- Meletis G, Gogou V, Palamouti M, Spiropoulos P, Xanthopoulou K, Tantou P, Rizou A, Thomoglou V. Catheter-related relapsing peritonitis due to Kocuria varians in a patient undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. Nefrologia. 2012 Jul 17;32(4):541-2. DOI: <https://doi.org/10.3265/nefrologia.pre2012.apr.11471>

8- Verger C, Fabre E, Veniez G, Padernoz MC. Synthetic 2018 data report of the French Language Peritoneal Dialysis and Home Hemodialysis Registry (RDPLF). Bull Dial Domic [Internet]. 2019 Apr. 10 [cited 2024 Feb. 2];2(1):1-10.

DOI : <https://doi.org/10.25796/bdd.v2i1.19093>

9- Verger C, Fabre E. RDPLF annual report: Profile of peritoneal dialysis patients in France in 2022, synthetic raw results. Bull Dial Domic [Internet]. 2023 Apr. 26;6(1):41-9.

DOI: <https://doi.org/10.25796/bdd.v6i1.77293>

10- Dotis J, Printza N, Stabouli S, Papachristou F. Kocuria species peritonitis: although rare, we have to care. Perit Dial Int. 2015 Jan-Feb;35(1):26-30.

DOI: <https://doi.org/10.3747/pdi.2013.00138>

11- Ishihara M, Nagao Y, Nishida Y, Morimoto N, Fujieda M. The first case report of Kocuria rhizophila peritonitis in a 3-year-old Japanese girl. Pediatr Int. 2021 Dec;63(12):1523-1524. DOI: <https://doi.org/10.1111/ped.14653>