

Mise au point

## Propositions pour la prise en charge thérapeutique des spondylodiscites bactériennes non tuberculeuses de l'adulte

### Suggestions for managing pyogenic (nontuberculous) discitis in adults <sup>◇</sup>

Franck Grados<sup>a,\*</sup>, François-Xavier Lescure<sup>b</sup>, Éric Senneville<sup>c</sup>, René-Marc Flipo<sup>d</sup>,  
Jean-Luc Schmit<sup>e</sup>, Patrice Fardellone<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de rhumatologie, hôpital Nord, CHU d'Amiens, 80054 Amiens cedex 01, France

<sup>b</sup> Service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 75020 Paris, France

<sup>c</sup> Service des maladies infectieuses et du voyageur, hôpital Dron, 135, rue du Président-Coty, 59200 Tourcoing, France

<sup>d</sup> Service de rhumatologie, hôpital Roger-Salengro, CHU de Lille, 59037 Lille cedex, France

<sup>e</sup> Service de pathologie infectieuse, hôpital Nord, CHU d'Amiens, 80054 Amiens cedex 01, France

Reçu le 8 juin 2006 ; accepté le 14 novembre 2006

Disponible sur internet le 24 janvier 2007

---

#### Résumé

**Objectifs.** – Définir la meilleure stratégie d'identification de la bactérie responsable et de demande d'examen d'imagerie ; rédiger des conseils utilisables en pratique quotidienne sur le traitement médicamenteux et non médicamenteux des spondylodiscites bactériennes non tuberculeuses de l'adulte.

**Méthodes.** – Ces propositions ont été rédigées par un rhumatologue et un infectiologue à partir de leur expérience et de l'analyse de la littérature, puis confrontées à l'avis de quatre experts. La recherche d'articles publiés en anglais ou en français s'est faite sur medline de 1975 à mai 2006 en utilisant les mots clés : *infectious spondylodiscitis, infectious spondylitis, spondylodiscitis, discitis, vertebral osteomyelitis, spine infection, bone and joint infections*.

**Résultats.** – Quatre-vingt-cinq articles ont été sélectionnés pour être lus dans leur intégralité. Il n'y a aucune étude prospective randomisée contrôlée publiée à ce jour sur ce sujet. Sauf situation exceptionnelle (neutropénie ou sepsis mal toléré), le traitement antibiotique n'est débuté que lorsque l'on a la certitude d'avoir isolé la bactérie responsable par des hémocultures ou une ponction biopsie discale. Le traitement d'attaque nécessite une association bactéricide de deux antibiotiques synergiques à posologie élevée. La durée totale du traitement antibiotique doit être au moins de 12 semaines. Le bilan initial comprend systématiquement des radiographies du rachis et du thorax, une IRM du rachis. Dans les spondylodiscites par voie hématogène à streptocoque et à staphylocoque, l'échographie cardiaque peut être demandée systématiquement. Des radiographies centrées sur le disque infecté sont systématiquement demandées à un et trois mois après le début des antibiotiques et à trois mois après la fin des antibiotiques. Une IRM de contrôle est le plus souvent inutile si l'évolution clinique et biologique est favorable. S'il y avait initialement un abcès collecté, ou si l'évolution est défavorable, une IRM de contrôle peut être demandée après un mois de traitement. Une surveillance clinique et biologique pendant la totalité du traitement antibiotique et dans les six mois qui suivent son arrêt est indispensable.

**Conclusions.** – Des propositions à partir d'études descriptives et d'avis d'experts ont pu être rédigées. Elles devraient permettre d'optimiser et d'uniformiser le traitement des spondylodiscites. Des études complémentaires avec notamment des études prospectives randomisées multicentriques comparant un traitement intraveineux à un traitement per os d'emblée ou des durées de traitement différentes sont nécessaires pour améliorer la valeur scientifique de ces propositions.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [grados.franck@chu-amiens.fr](mailto:grados.franck@chu-amiens.fr) (F. Grados).

◇ Pour citer cet article, utiliser ce titre en anglais et sa référence dans le même volume de *Joint Bone Spine*.

Mots clés : Spondylodiscite infectieuse ; Spondylodiscite ; Traitement

Keywords: Infectious discitis; Discitis; Treatment

## 1. Introduction

Les modalités du traitement des spondylodiscites (durée du traitement intraveineux, nature des antibiotiques, durée du repos strict au lit...) varient d'un hôpital à un autre [1]. La dernière mise au point publiée par la Société française d'infectiologie date de 1991 [2]. Nous avons rédigé des propositions afin d'optimiser et d'uniformiser le traitement des spondylodiscites.

## 2. Méthodes

Ces propositions ont été rédigées par un rhumatologue (FG) et un infectiologue (FXL) à partir de leur expérience [3,4] et de l'analyse de la littérature puis confrontées à l'avis d'experts : deux professeurs agrégés en rhumatologie (PF, RMF) et un en infectiologie (JLS) et un expert (ES) dans le domaine du traitement des infections ostéoarticulaires. L'objectif était de rédiger des conseils utilisables en pratique quotidienne sur le traitement médicamenteux (durée du traitement antibiotique intraveineux, possibilité de traitement per os, durée totale du traitement antibiotique, nature des antibiotiques) et non médicamenteux des spondylodiscites bactériennes non tuberculeuses de l'adulte, de définir la meilleure stratégie d'identification de la bactérie responsable et de demande d'examen d'imagerie.

La recherche d'articles publiés en anglais ou en français s'est faite sur medline de 1975 à mai 2006 en utilisant les mots clés : *infectious spondylodiscitis*, *infectious spondylitis*, *spondylodiscitis*, *discitis*, *vertebral osteomyelitis*, *spine infection*, *bone and joint infections*. Le titre et le résumé des articles ont été lus pour essayer de sélectionner les articles les plus pertinents. Les critères pour choisir les articles à lire dans leur intégralité ont été : séries comportant un nombre élevé de cas rapportés, articles publiés après 1990, *impact factor* de la revue. Les articles traitant des spondylodiscites non infectieuses ou tuberculeuses ou mycosique ou de l'enfant, les articles rapportant moins de cinq cas de spondylodiscites n'ont pas été retenus. Les ouvrages de référence [5–8] ont également été consultés. Ce travail a été réalisé sans aucun soutien financier ni influence de l'industrie pharmaceutique.

## 3. Résultats

Quatre-vingt-cinq articles ont été sélectionnés pour être lus dans leur intégralité. Il n'y a aucune étude prospective randomisée, contrôlée, publiée à ce jour sur ce sujet. La force de ces propositions est de niveau D car, elles sont extrapolées à partir de preuves de niveau 3 (études descriptives) ou basées sur des preuves de niveau 4 (avis d'experts) [9]. Les principales sources de discussion entre les auteurs ont porté sur la durée du traitement antibiotique, la possibilité dans certains cas d'un

traitement antibiotique d'emblée per os, et la réalisation systématique ou non d'une échographie cardiaque.

## 4. Propositions

### 4.1. Traitement antibiotique

#### 4.1.1. Règles générales

On réalise un prélèvement de la porte d'entrée et une série de trois hémocultures si possible lors des frissons ou des accès hyperthermiques après arrêt des antipyrétiques, puis si elles restent négatives une ponction biopsie discale. Toute ponction biopsie discale est suivie d'hémocultures [10]. Sauf situation exceptionnelle de neutropénie ou de sepsis mal toléré, le traitement antibiotique n'est débuté que lorsque l'on a la certitude d'avoir isolé la bactérie responsable. La présence d'un staphylocoque à coagulase négative (SCN) sur une seule hémoculture nécessite la réalisation d'une ponction biopsie discale car, il peut s'agir d'une souillure ou d'une authentique spondylodiscite à SCN (bactérie souvent retrouvée dans les spondylodiscites postopératoires par inoculation directe [11,12]). Le rendement de la ponction biopsie discale qui est de 80 % sans antibiothérapie préalable tombe à 48 % en cas d'antibiothérapie antérieure [13]. Un premier traitement d'attaque est débuté tenant compte de la coloration de Gram sur l'examen direct de la ponction discale, de la porte d'entrée et des circonstances étiologiques (Tableaux 1 et 2) [14]. Ce traitement est adapté secondairement à la réception de l'antibiogramme. Si les hémocultures et la ponction biopsie discale demeurent négatives, aucun traitement antibiotique n'est débuté et une deuxième ponction biopsie discale est réalisée. Si elle demeure négative (situation possible en cas de spondylodiscite infectieuse décapitée par une antibiothérapie préalable insuffisante ou inadaptée [15], une attention particulière est à nouveau portée au diagnostic différentiel, et si on garde la conviction qu'il s'agit d'une spondylodiscite bactérienne, une antibiothérapie probabiliste basée sur les circonstances étiologiques est débutée (Tableau 2) [14]. Elle doit dans tous les cas être efficace sur le staphylocoque qui représente 50 % des spondylodiscites non tuberculeuses [3]. Les circonstances d'acquisition de l'infection sont importantes à prendre en considération : 30 à 40 % des staphylocoques dorés acquis à l'hôpital sont résistants à la méticilline (SAMR) alors que cette résistance concerne moins de 1 % des staphylocoques acquis en ville [16]. Les sérologies bactériennes ne doivent pas être demandées systématiquement en raison de leur faible rentabilité [3] et de leur faible intérêt : elle ne remplace pas l'isolement de la bactérie par hémocultures et/ou ponction biopsie discale avec établissement d'un antibiogramme. Les sérologies de Wright et Widal peuvent éventuellement être demandées lorsqu'on suspecte respectivement une brucellose ou une salmonellose. La recherche de la bacté-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389436>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389436>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)