

# OSTEOMYELITIS, SPONDYLODISCITE: INFECTION AIGUE, HEMATOGENE, COMMUNAUTAIRE, SEVERE

## • Aspects cliniques et commentaires

- Facteurs de risque d'infection sévère.
  - Facteurs systémiques: malnutrition, insuffisance rénale et hépatique, diabète, hypoxie chronique, pathologies du système immunitaire et immunosuppression, âges extrêmes, hémoglobinopathies (principalement drépanocytose), tabagisme.
  - Facteurs locaux: lymphœdème chronique, pathologie vasculaire majeure, pathologies des petits vaisseaux, vasculite, stase veineuse, fibrose de rayonnement étendue, neuropathie, ....
- Screening pour endocardite nécessaire (hémocultures et ETO).
- Si la colonne vertébrale est impliquée, la présence d'un abcès épidual doit être considérée (MRI précoce) et le patient suivi pour des anomalies neurologiques (décompression rapide essentielle en cas de détérioration neurologique ou de sepsis incontrôlé).
- Traitement empirique obligatoire (le traitement ne peut pas être différé en attendant des résultats de la culture et de la détermination des sensibilités).

## • Pathogènes impliqués

- *Staphylococcus aureus*.
- Staphylocoques à coagulase-négative.
- Streptocoques du groupe A (*Streptococcus pyogenes*).
- Streptocoques du groupe B (*Streptococcus agalactiae*).
- Streptocoques du groupe G.
- Entérocoques.
- Entérobactéries.
- *Pseudomonas aeruginosa*.
- Groupe HACEK (*Haemophilus parainfluenzae*, *Aggregatibacter aphrophilus*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella kingae*).
- *Mycobacterium tuberculosis*.
- Autres mycobactéries.
- *Brucella* spp.
- *Burkholderia* spp.
- *Actinomyces* spp.
- Champignons (*Aspergillus* spp., *Candida* spp.).

## • Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
  - Résultats de la coloration Gram indisponibles ou non concluants.
    - Patients sans facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
      - ▲ Flucloxacilline ± ceftriaxone.
      - ▲ Oxacilline ± ceftriaxone.
    - Patients avec facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
      - ▲ Vancomycine ± céfépime.
      - ▲ Vancomycine ± ceftazidime.
  - Ajout de ceftriaxone, céfépime ou ceftazidime indiqué chez les patients immunodéprimés et les patients avec une hémoglobinopathie (*Salmonella* spp. pathogène le plus important).
  - Résultats de la coloration Gram disponibles et concluants.
    - Résultats suggestifs d'infection à staphylocoques.
      - ▲ Patients sans facteurs de risque d'infections à souches résistantes à la méticilline.
        - △ Flucloxacilline.
        - △ Oxacilline.
      - ▲ Patients avec facteurs de risque d'infections à souches résistantes à la méticilline: vancomycine.
    - Résultats suggestifs d'infection à streptocoques: ceftriaxone.
    - Résultats suggestifs d'infection à bacilles à Gram-négatif.
      - ▲ Patients sans facteurs de risque d'infection à pathogènes résistants: ceftriaxone.
      - ▲ Présence de facteurs de risque d'infection à pathogènes résistants.
        - △ Céfépime.
        - △ Ceftazidime.
- Posologies standard.
  - Céfépime: 2 g iv q8h.
  - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
  - Ceftriaxone: 2 g iv q12h.

- Flucloxacilline: 2 g iv q4h.
  - Oxacilline: 2 g iv q4h.
  - Vancomycine: dose de charge de 25 à 30 mg/kg iv, immédiatement suivie soit par une perfusion continue titrée pour atteindre des concentrations sériques de 20 à 30 µg/ml soit par des perfusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 µg/ml.
- Durée totale du traitement anti-infectieux approprié (empirique + documenté): voir remarques préalables concernant l'ostéomyélite, la spondylodiscite.