

## OSTEOMYELITIS, SPONDYLODISCITE: INFECTION AIGUE, HEMATOGENE, COMMUNAUTAIRE, SEVERE CHEZ L'UTILISATEUR DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE

### • Aspects cliniques et commentaires

- Chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, une ostéomyélite peut survenir à des endroits inhabituels tels que le sternum, les clavicules ou les côtes (en général causée par *Staphylococcus aureus* ou *Pseudomonas aeruginosa*).
- 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 des sensibilités).

### • Pathogènes impliqués

- *Staphylococcus aureus*.
- *Pseudomonas aeruginosa*.

### • Traitement anti-infectieux empirique.

- Régimes.
  - Patients sans facteurs de risque d'infections à MRSA.
    - Flucloxacilline + céfépime.
    - Flucloxacilline + ceftazidime.
    - Oxacilline + céfépime.
    - Oxacilline + ceftazidime.
  - Patients avec facteurs de risque d'infections à MRSA.
    - Vancomycine + céfépime.
    - Vancomycine + ceftazidime.
- Posologies standard.
  - Céfépime: 2 g iv q8h.
  - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
  - 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.