

OSTEOMYELITIS, SPONDYLODISCITE: INFECTION AIGUE, HEMATOGENE, NOSOCOMIALE

• *Aspects cliniques et commentaires*

- Choix des antibiotiques pour le traitement empirique doit être en ligne avec l'épidémiologie locale.
- 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*.
- Entérobactéries.
- *Pseudomonas aeruginosa*.

• *Traitement anti-infectieux empirique*

- Régimes.
 - Vancomycine + céfépime.
 - Vancomycine + ceftazidime.
- Posologies standard.
 - Céfépime: 2 g iv q8h.
 - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
 - 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.