

OSTEOMYELITIS

INFECTION AIGUE, PAR CONTIGUITE CHEZ LE PATIENT AVEC INSUFFISANCE VASCULAIRE

• Aspects cliniques et commentaires

- Ostéomyélite chez le patient avec décubitus ou autre ulcère vasculaire (pied diabétique).
- MRI peut être utile pour le diagnostic. Contact osseux (sondage de l'ulcère): indicatif d'ostéomyélite.
- Détermination de l'étendue de l'athérosclérose dans les extrémités et revascularisation si possible.
- Traitement médicochirurgical intégré obligatoire.

• Pathogènes impliqués

Infection polymicrobienne.

- Streptocoques du groupe A (*Streptococcus pyogenes*).
- Streptocoques du groupe B (*Streptococcus agalactiae*).
- Streptocoques du groupe G.
- *Staphylococcus aureus*.
- Bacilles à Gram-négatif.
- Anaérobies.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Pathologie légère ou modérée (majorité des patients): aucun (traitement documenté).
 - Pathologie sévère.
 - Pipéracilline-tazobactam ± vancomycine.
 - Méropénem ± vancomycine.
- Posologies standard.
 - Méropénem: 1 à 2 g iv q8h.
 - Pipéracilline-tazobactam: (4 g pipéracilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.
 - 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.