

OSTEOMYELITIS, SPONDYLODISCITE: INFECTION AIGUE, PAR CONTIGUITE, POSTOPERATOIRE CHEZ LE PATIENT SANS INSUFFISANCE VASCULAIRE

• Clinique

- Les infections qui surviennent après le placement d'un implant vertébral ou après une arthrodèse, les infections après ponction de la plante du pied ou d'un ongle (risque accru d'infection à *Pseudomonas aeruginosa*) et les infections après un traumatisme sont traités séparément.
- Débridement chirurgical adéquat obligatoire (prélèvement peropératoire de plusieurs échantillons tissulaires pour culture).
- Inclut l'ostéomyélite sternale. Enlèvement des sutures et du tissu nécrotique obligatoire. Utilisation de lambeaux musculaires ou musculocutanés ou omentoplastie à considérer.

• Pathogènes impliqués

- *Staphylococcus aureus*.
- Staphylocoques à coagulase-négative.
- 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.