

CAS CLINIQUE N°5

A.Bellaaj¹, A.Mellouli², Y. Chebbi², L. Ammari¹

1- Service de maladies infectieuses, CHU La Rabta, Tunis

2- Laboratoire de Microbiologie, Centre de greffe et de moelle osseuse, Tunis

4^{èmes} Rencontres en Infectiologie

Hammamet, 13-14 Octobre 2017

Mme CL âgée de 62 ans admise le 25 Avril 2017 pour rachialgies lombaires fébriles

Antécédents :

- Diabète de type 2 depuis 2013 sous ADO
- HTA traitée depuis 2012 (IEC et diurétiques)
- **Cure de prolapsus génital :**
 - Double promonto-fixation par voie coelioscopique le 24 Février 2017
- Habitudes : notion de prise de lait non pasteurisé et ses dérivés

Histoire de la maladie :

- **J3 post opératoire:** rachialgies lombo-sacrées fébriles et frissons d'installation brutale
- **Hospitalisation au service de gynécologie:** (27/2/2017 au 14/3/2017)
 - Examen gynécologique normal
 - Cicatrice de coelioscopie propre
 - Examen du rachis normal
 - Biologie:
 - NFS: GB:11 200/mm³, PNN= 8600/mm³, Hb= 11,3g/dl, Plaq:152000/mm³
 - CRP: 150 mg/l
 - ECBU : urines troubles, L:20 000/ml ,culture négative
 - Traitement : Céfotaxime 3g/j +métronidazole 1,5g/j (03j) puis Ofloxacine 400mg/j + céfixime 400mg/j (08 j) puis ofloxacine seule(24j)
→Durée totale : 35 jours

→ TDM rachidienne à 1 mois post-opératoire :

- Remaniements inflammatoires au niveau de la promontofixation
- Pas de collection
- Pas de signes de spondylodiscite lombosacrée

- **Evolution :**

- Aggravation des rachialgies lombaires
- Reprise de la fièvre et des frissons 10 jours après l'arrêt des antibiotiques
- Impotence fonctionnelle et trouble de la marche
- Incontinence urinaire
- Notion d'anorexie et d'amaigrissement non chiffré

Examen physique :

- T° à 38,5°C
- TA= 13/7, pouls à 70 batt/mn
- Station debout impossible
- Raideur du rachis lombaire
- Douleur à la palpation des épineuses lombaires
- Douleur à la manœuvre écartement rapprochement des ailes iliaques
- Reflexes ostéo-tendineux faibles aux membres inférieurs
- Pas de déficit neurologique

Biologie:

- NFS: GB:7520/mm³ , PNN:4520/mm³ ,Hb:12,7g/dl, Plaq:284000/mm³.
- CRP : 63mg/l
- ALAT : 38UI/L, ASAT : 32UI/L
- Glycémie : 3,6 g/l
- Créatininémie : 8 mg/l



Les hypothèses diagnostiques :

- 1- Sacro-iliite
- 2- Spondylodiscite lombaire d'origine tuberculeuse
- 3- Septicémie compliquée de spondylodiscite lombaire
- 4- Spondylodiscite lombaire post- opératoire
- 5- Spondylodiscite brucellienne

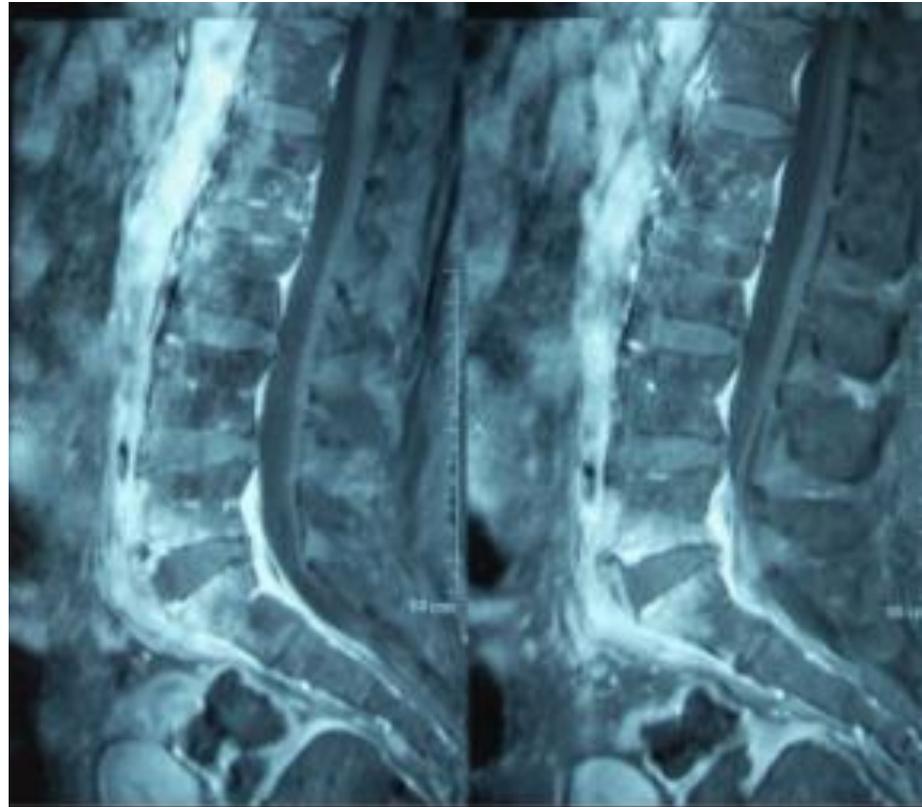


Les hypothèses diagnostiques :

- 1- Sacro-iliite
- 2- Spondylodiscite lombaire d'origine tuberculeuse
- 3- Septicémie compliquée de spondylodiscite lombaire
- 4- Spondylodiscite lombaire post- opératoire
- 5- Spondylodiscite brucellienne

→ IRM lombosacré (20/04/2017)

**Hypersignal signal T2 des deux plateaux vertébraux et
du disque intravertébral**



Le diagnostic de spondylodiscite post-promontofixation est retenu

- SDI après cure de prolapsus :
 - complication rare : 2 à 3 % des promontofixations
 - problème diagnostique et thérapeutique
 - délai d'apparition variable : 15 j à 5 ans
 - mécanisme physiopathologique :
 - **voie hématogène** après une bactériémie à porte d'entrée urinaire ou digestive
 - **inoculation directe** dans l'espace intervertébral par érosion au contact du matériel (2 à 8%)



Quel(s) prélèvement(s) bactériologique(s) doit-on réaliser chez cette patiente?

- 1- ECBU
- 2- Hémocultures (2 ou 3 séries)
- 3- Sérologie de la brucellose (Rose bengale + sérologie Wright)
- 4- Prélèvement vaginal
- 5- Sérologie de *Coxiella burnetti* et de *Bartonella henselae*

Quel(s) prélèvement(s) bactériologique(s) doit-on réaliser chez cette patiente?

1- ECBU

2- Hémocultures (2 ou 3 séries)

3- Sérologie de la brucellose (Rose bengale + sérologie de Wright)

4- Prélèvement vaginal

5- Sérologie de *Coxiella burnetti* et de *Bartonella henselae*

Pour cette patiente

- Hémodcultures (deux séries) : Négatives
- Sérologie Brucellose (Rose bengale + sérologie de Wright) : Négative
- ECBU :
 - urines troubles
 - L: 700 000/ml
 - Bactériurie $> 10^5$ UFC/ml (*Enterococcus faecalis*)

Résultat de l'ECBU :

Patient :	Date du prélèvement :	25/04/2017
Service : INFECTIEUX	Matricule :	10478
Type (int/ext) : INTERNE / EXTERNE	Résultat du :	29/04/2017
Prélèvement : PRELEVEMENT URINAIRE	Leucocytes :	70 000/ml
	Numération :	>100 000/ml

IDENTIFICATION ET ANTIBIOGRAMME

Germe : *Enterococcus faecalis* Sérotype:

Antibiotique	Diam	D.seuil	CMI	Résultats
AMPICILLINE 2µG	21	8 - 10	0,09	SENSIBLE
IMIPENEME	26	18 - 21	1,3	SENSIBLE
ERYTHROMYCINE	6	14 - 23	25	Résistant
CLINDAMYCINE 2	8	0 - 0		Résistant
PRISTINAMYCINE	12	19 - 22	10	Résistant
TIGECYCLINE	23	15 - 18	0,08	SENSIBLE
LINEZOLIDE	24	19 - 19	<=4	SENSIBLE
NORFLOXACINE	11	12 - 12	> 0	Résistant
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	6	21 - 50	6	Résistant
VANCOMYCINE 5µg	14	10 - 10	<= 0	SENSIBLE
TEICOPLANINE	19	16 - 16	<=2	SENSIBLE



Faut-il réaliser la Ponction Biopsie disco-vertébrale (PBDV) ?

1- Oui

2- Non

Faut-il réaliser la Ponction Biopsie disco-vertébrale (PBDV) ?

1- Oui

2- Non

Une PBDV a été réalisée.

Pour l'étude bactériologique, il est indiqué de :

- 1- Recueillir un prélèvement unique
- 2- Inoculer immédiatement le liquide d'aspiration dans deux flacons d'hémocultures
- 3- Réaliser une recherche de mycobactéries
- 4- Réaliser une recherche de bactéries anaérobies strictes
- 5- Réaliser des hémocultures dans les 24 heures suivant la PBDV

Une PBDV a été réalisée.

Pour l'étude bactériologique, il est indiqué de :

- 1- Recueillir un prélèvement unique
- 2- Inoculer immédiatement le liquide d'aspiration dans deux flacons d'hémocultures
- 3- Réaliser une recherche de mycobactéries
- 4- Réaliser une recherche de bactéries anaérobies strictes
- 5- Réaliser des hémocultures dans les 24 heures suivant la PBDV

Quels sont les germes responsables de SPD à évoquer chez cette patiente?

- 1- Staphylocoques
- 2- Mycobactéries
- 3- Entérocoques
- 4- *Pseudomonas aeruginosa*
- 5- Entérobactéries



Les germes responsables de SPD à évoquer chez cette patiente :

- 1- Staphylocoques
- 2- Mycobactéries
- 3- Entérocoques
- 4- *Pseudomonas aeruginosa*
- 5- Entérobactéries

Tableau 3 : Spondylodiscites post-opératoires chez l'adulte

Micro-organisme	Répartition (%) des micro-organismes
Non identifié	28-66
<i>Staphylococcus aureus</i>	17-33
Staphylocoques à coagulase négative	13-29
<i>Streptococcus</i> spp	2-6
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6-11
Autres bacilles à Gram négatif	3-16

Recommandations pour la Pratique Clinique 2007. Spondylodiscites infectieuses primitives, et secondaires` un geste intra-discal, sans mise en place de matériel

En attendant le résultat de la PBDV, quelle antibiothérapie proposez-vous à cette patiente?

- 1- Ampicilline 200mg/kg + Gentamicine 5mg/kg/j
- 2- Ampicilline 100mg/kg/j + Gentamicine 5mg/kg/j
- 3- Vancomycine 60mg/kg/j + Gentamicine 5mg/kg/j
- 4- Céfotaxime 200mg/kg/j + Fosfomycine 200mg/kg/j
- 5- Ciprofloxacine 1500mg/j + Rifampicine 1200mg/j

En attendant le résultat de la PBDV, quelle antibiothérapie proposez-vous à cette patiente ?

1- Ampicilline 200mg/kg + Gentamicine 5mg/kg/j

2- Ampicilline 100mg/kg/j + Gentamycine 5mg/kg/j

3- Vancomycine 60mg/kg/j + Gentamicine 5mg/kg/j

4- Céfotaxime 200mg/kg/j + Fosfomycine 200mg/kg/j

5- Ciprofloxacine 1500mg/j + Rifampicine 1200mg/j

Cette patiente a reçu:

- Ampicilline 2g x 6/j + gentamicine 160mg/j (3 jours)
- Dexamethasone 0,4 mg/kg/j

Résultat de la PBDV

- Etude microbiologique :
 - Culture positive : *P. aeruginosa* (phénotype sauvage)
- Etude histologique :
 - Remaniement inflammatoire du tissu osseux sans signe de spécificité

Quelle sera votre conduite thérapeutique ?

- 1- Pas de changement de l'antibiothérapie
- 2- Ceftazidime 100 mg/kg/j + Ciprofloxacine 1500mg/j
- 3- Ceftazidime 100mg/kg/j + Ciprofloxacine 1500mg/j+ Corticoïdes
- 4- Ablation du matériel de la promonto-fixation
- 5- Immobilisation rachidienne



Quelle sera votre conduite thérapeutique ?

- 1- Pas de changement de l'antibiothérapie
- 2- Ceftazidime 100 mg/kg/j + Ciprofloxacine 1500mg/j
- 3- Ceftazidime 100mg/kg/j + Ciprofloxacine 1500mg/j+Corticoides
- 4- Ablation du matériel de la promonto fixation
- 5- Immobilisation rachidienne

Tableau : Traitement antibiotique ou antifongique des spondylodiscites microbiologiquement documentées (part 2)

Micro-organisme	Traitement initial			Traitement d'entretien		
	Molécule(s)	Posologie (/j)	Voie	Molécule(s)	Posologie (/j)	Voie
Entérocoque	amoxicilline	200 mg/kg	IV	amoxicilline	200 mg/kg	IV
	+ gentamicine	3-4 mg/kg	IV			
Streptocoque	amoxicilline	100 mg/kg	IV	amoxicilline	100 mg/kg	IV, PO
	± gentamicine	3-4 mg/kg	IV	ou clindamycine	1800 – 2400 mg	PO
Entérobactérie	céfotaxime ou ceftriaxone	100 mg/kg 2 g	IV IV, IM, SC	fluoroquinolone ^a (ofloxacine ou ciprofloxacine)	200 mg x 3	PO
	+ fluoroquinolone (ofloxacine, ciprofloxacine)	200 mg x 3, 750 mg x 2	PO		750 mg x 2	PO
<i>P. aeruginosa</i>	ticarcilline, ou	5 g x 3	IV	ciprofloxacine ^b	750 mg x 2	PO
	pipéracilline-tazobactam, ou	4 g x 3 ou 4	IV			
	ceftazidime	2 g x 3	IV			
	+ ciprofloxacine, ou	400 mg x 3, 750 mg x 2	IV, PO			
amikacine, ou	15 mg/kg	IV				
fosfomycine	200 mg/kg	IV				

Ablation du matériel ?

- Théoriquement, un matériel non résorbable infecté doit être retiré
- Certains auteurs recommandent de garder en place le matériel en absence de fistule et de signes septiques graves avec une évolution clinique et biologique favorable

Quelle sera la durée totale de l'antibiothérapie ?

1. 2 semaines
2. 3 mois
3. 4 semaines
4. 12 semaines
5. 8 semaines

La durée totale de l'antibiothérapie :

1. 2 semaines
2. 3 mois
3. 4 semaines
4. 12 semaines
5. 8 semaines

Durée de l'antibiothérapie

- Pour les SPD à pyogènes, il est recommandé une durée totale de traitement antibiotique entre 6 et 12 semaines
- Lorsque le traitement antibiotique a été instauré par voie veineuse, il est possible de passer à la voie orale sans critère de délai

- La patiente a reçu 8 semaines d'antibiothérapie parentérale
- L'évolution clinique :
 - apyrexie stable
 - amélioration des signes cliniques
 - diminution des rachialgies lombaires

Conclusion

- La SPD est une pathologie sous estimée qui touche particulièrement les sujets âgés
- L'importance de la PBDV dans le diagnostic microbiologique des SPD, permettant d'identifier le microorganisme dans 2/3 des cas.
- En l'absence de documentation microbiologique, il faut tenir compte de l'écologie du bloc opératoire .

Merci pour votre attention