



Indications du corset dans les spondylodiscites infectieuses Aspects pratiques pour les IDEs



Dr Géraldine Bart
Rhumatologue
CHU de Nantes

+ diapos de Dr Fouasson-Chailloux
(MPR Nantes)



Déclaration d'intérêts

- **Intérêts financiers : aucun**
- **Liens durables ou permanents : aucun**
- **Interventions ponctuelles : aucun**
- **Intérêts indirects : aucun**

Les spondylodiscites infectieuses

- **Spondylodiscite infectieuse (SPI) : 2 à 4% des IOA**
- **Infection du disque intervertébral et des plateaux vertébraux adjacents**
- **Dg différentiel : Spondylodiscite inflammatoire (SPA/ microcristalline) / discopathie inflammatoire (MODIC) / Autres infections rachidiennes**
- **TRIADE Douleur rachidienne + raideur + fièvre**



Les spondylodiscites infectieuses

- **France : SDI = 1300/an (2002), 2500/an (2008), 3500/an (2013)**

- 40 /millions/an (**2.2/100 000**)
- 4 % des infections osseuses
- 1- 4 % post chirurgie du rachis

- Complications « sévères » : 28%, **complications neurologiques variables +++**
- Mortalité directe : 3% à 7,5%



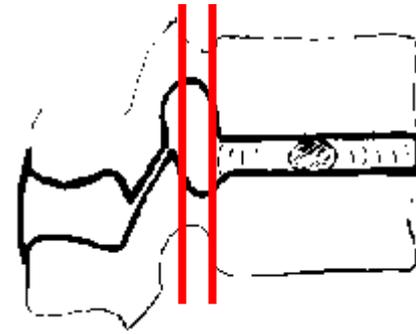
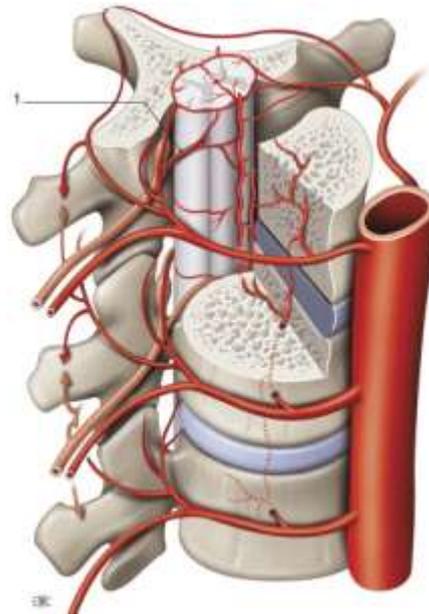
Grammatico L. Epidemiol Infect. 2008
Grammatico L. JHI 2012

Les spondylodiscites infectieuses

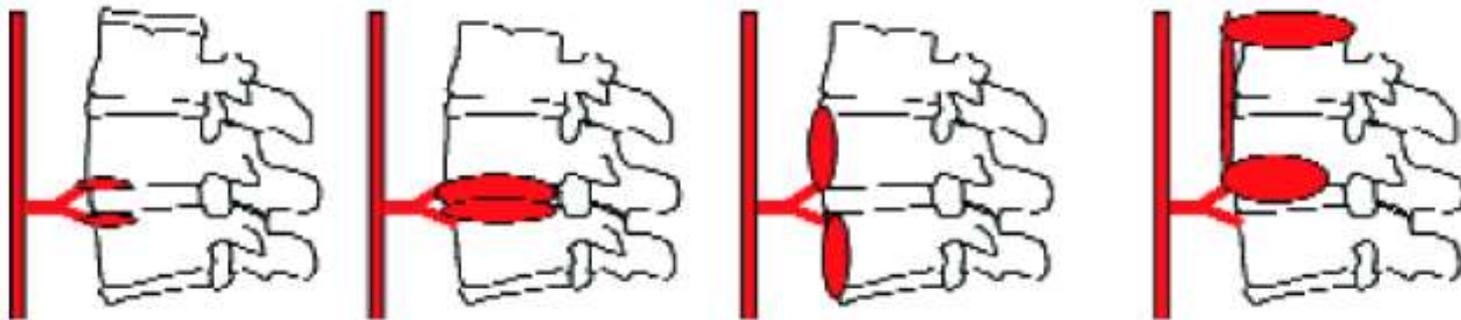
- **Imagerie évocatrice**
 - radiographies : signes retardés
 - IRM ++
 - TDM + scintigraphie osseuse



Rappel sur l'anatomie du rachis



Rappel sur l'anatomie du rachis



Que disent les recos ?

Tableau 8 : modalités d'immobilisation (décubitus et/ou contention) des spondylodiscites d'évolution favorable (apyrexie, disparition des douleurs, normalisation de la CRP)

Siège de la spondylodiscite	Décubitus	Contention	Verticalisation
Cervical			
Charnière	Décubitus (tant que douleur)	Minerve (3 mois), Puis sevrage progressif (collier rigide)	Pas de programme de reverticalisation
Ne concernant pas de charnière	Non nécessaire	Minerve (1 mois), Puis sevrage progressif (collier rigide)	Pas de programme de reverticalisation
Dorsale	Décubitus (15 jours)	Corset dorso-lombaire de rappel postural, selon déformation	Reverticalisation progressive sur table de verticalisation
Lombaire	Décubitus (1 à 3 semaines)	Corset bi-valvé thermo-formé, jusqu'à autorisation de la position assise prolongée, puis ceinture de maintien lombaire renforcé (2 mois)	Reverticalisation progressive sur table de verticalisation, Puis position assise prolongée à partir de 45 j de prise en charge

2015 Infectious Diseases Society of America (IDSA) Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Native Vertebral Osteomyelitis in Adults^a

Elie F. Berbari,¹ Souha S. Kanj,² Todd J. Kowalski,³ Rabih O. Darouiche,⁴ Andreas F. Widmer,⁵ Steven K. Schmitt,⁶ Edward F. Hendershot,⁷ Paul D. Holtom,⁸ Paul M. Huddleston III,⁹ Gregory W. Petermann,¹⁰ and Douglas R. Osmon¹¹

- Immobilisation ???



Pourquoi immobiliser une SPI ?

- **Pour éviter les complications neurologiques ?**
- **Pour éviter les déformations rachidiennes ultérieures ?**
- **Dans un but antalgique pur ?**
- **Faut-il immobiliser tout le monde ?**

Pourquoi immobiliser une SPI ?

- **Pour éviter les complications neurologiques ?**
- Pour éviter les déformations rachidiennes ultérieures ?
- Dans un but antalgique pur ?
- Faut-il immobiliser tout le monde ?

Physiopath atteinte neurologique

- **Hypothèses :**

Fracture secondaire avec compression mécanique/cyphose

Ischémie médullaire

Embole septique de l'A. vertébrale

Abcès compressif

Physiopath atteinte neurologique

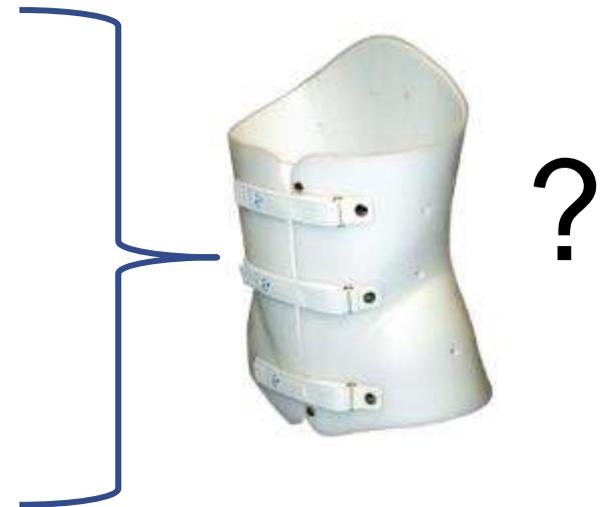
- Hypothèses :

Fracture secondaire avec compression mécanique/cyphose

Ischémie médullaire

Embole septique de l'A. vertébrale

Abcès compressif



Lemaigen et al. Medicine 2017

Pourquoi immobiliser une SPI ?

- **Pour éviter les complications neurologiques ?**

Certaines études ont montré des signes cliniques/radio associés à un sur-risque de complications neurologiques

Par exemple : Staph aureus, atteinte cervicale, atteinte destructrice de la vertèbre, signes de compression médullaire IRM...

Chez ces patients : vigilance +++ surtout <15 jours

Pourquoi immobiliser une SPI ?

- **Pour éviter les complications neurologiques ?**

Peu d'aide apportée par les recommandations...

Critères de « bon sens », souvent à l'appréciation du médecin, en fonction de la clinique et imagerie

Si rachis clairement instable et/ou patient déficitaire : DDS, avis neurochirurgical au moindre doute ++



Pourquoi immobiliser une SPI ?

- Pour éviter les complications neurologiques ?
- **Pour éviter les déformations rachidiennes ultérieures ?**
- Dans un but antalgique pur ?
- Faut-il immobiliser tout le monde ?

Eviter les déformations rachidiennes



Eviter les déformations rachidiennes



Pourquoi immobiliser une SPI ?

- Pour éviter les complications neurologiques ?
- Pour éviter les déformations rachidiennes ultérieures ?
- **Dans un but antalgique pur ?**
- Faut-il immobiliser tout le monde ?

Immobilisation antalgique ?

Etude DDS

Pronostic fonctionnel des SPI

2 groupes:

- A: décubitus strict prolongé (3 semaines) associé à une verticalisation progressive
- B: verticalisation immédiate, selon avis du médecin

Gras G. *RICAI*. Nov 2012

Immobilisation antalgique ?

Etude DDS

Pronostic fonctionnel des SPI

Le décubitus strict prolongé associé à une verticalisation progressive:

- Est associé à un plus grand nombre de complications de décubitus
- N'apparaît pas associé à un meilleur pronostic fonctionnel à distance

Gras G. *RICAI*. Nov 2012

Pourquoi immobiliser une SPI ?

- Pour éviter les complications neurologiques ?
- Pour éviter les déformations rachidiennes ultérieures ?
- Dans un but antalgique pur ?
- **Faut-il immobiliser tout le monde ?**

Recos 2007

Siège de la spondylodiscite	Décubitus
Cervical	
Charnière	Décubitus (tant que douleur)
Ne concernant pas de charnière	Non nécessaire
Dorsale	
	Décubitus (15 jours)
Lombaire	
	Décubitus (1 à 3 semaines)

Se baser sur la douleur et l'évolution clinique +++

Ne pas faire de ces durées des dogmes

Pas de rationnel pour différencier ces localisations dans ce critère

Recos 2007

Siège de la spondylodiscite	Décubitus	Contention
Cervical		
Charnière	Décubitus (tant que douleur)	Minerve (3 mois), Puis sevrage progressif (collier rigide)
Ne concernant pas de charnière	Non nécessaire	Minerve (1 mois), Puis sevrage progressif (collier rigide)
Dorsale	Décubitus (15 jours)	Corset dorso-lombaire de rappel postural, selon déformation
Lombaire	Décubitus (1 à 3 semaines)	Corset bi-valvé thermo-formé, jusqu'à autorisation de la position assise prolongée, puis ceinture de maintien lombaire renforcé (2 mois)

Oui si critères d'instabilité mécanique et chirurgie non accessible – sevrage progressif NON

Idem mais pas d'intérêt si stable et maladie contrôlée

Non

Non si stabilité mécanique

Ceinture sans intérêt d'un point de vue architecturale

illusoire...

Recos 2007

Siège de la spondylodiscite	Décubitus	Contention	Verticalisation
Cervical			
Charnière	Décubitus (tant que douleur)	Minerve (3 mois), Puis sevrage progressif (collier rigide)	Pas de programme de reverticalisation
Ne concernant pas de charnière	Non nécessaire	Minerve (1 mois), Puis sevrage progressif (collier rigide)	Pas de programme de reverticalisation
Dorsale	Décubitus (15 jours)	Corset dorso-lombaire de rappel postural, selon déformation	Reverticalisation progressive sur table de verticalisation
Lombaire	Décubitus (1 à 3 semaines)	Corset bi-valvé thermo-formé, jusqu'à autorisation de la position assise prolongée, puis ceinture de maintien lombaire renforcé (2 mois)	Reverticalisation progressive sur table de verticalisation, Puis position assise prolongée à partir de 45 j de prise en charge

Non si pas de
désadaptation...

En pratique ?

- **En pratique, il n'y a probablement pas d'intérêt rationnel à immobiliser un rachis stable, non douloureux, chez un patient stabilisé sur le plan septique**
- **Repos STRICT au lit à la phase initiale « critique » des 7-10 premiers jours**
- **Pour le reste : prise en charge à individualiser +++**
- **Si vraiment on souhaite immobiliser :**

En pratique ?

- En pratique rationnel à l'usage de ce type de corset pour une douleur septique
- Repos au lit pendant les premiers jours
- Pour le reste de la durée de la maladie
- Si vraiment nécessaire



Intérêt
non
le plan

des 7

liser +++

En pratique ?

- **Pas d'intérêt d'une prise en charge « à moitié » si l'objectif est neurologique**
- **Si on immobilise : repos strict puis levé avec corset RIGIDE**
- **Pas d'entre-deux, sauf si objectif uniquement antalgique (dans ce cas : autoriser le levé au montauban, repas assis...)**
- **Surtout si patient âgé ! (plus de risque en d'inhalation, fausses routes, escarres...)**

En pratique ?



- Quelle place des « ceintures de maintien » ou corsets « coutyle baleiné » ?
 - Pas d'intérêt à la phase aiguë
 - Intérêt si apporte un confort antalgique au patient lui permettant de bouger plus
 - Aide à la rééducation
 - Effet anxiolytique +++

En bref...

- **Des recommandations « qui bougent »**
- **Indications d'immobilisation au « cas par cas »**
- **VIGILANCE la 1^{ère} semaine (en hospit)**
 - Repos STRICT, surveillance neurologique
 - Surveillance de la douleur, complications de décubitus

Ensuite : mise en place du corset si indiqué, durée en fonction du risque neurologique et des douleurs

1^{er} levé avec kiné. Pas d'intérêt d'une verticalisation progressive ni de laisser le corset en position couchée

Merci !

