

COMPARAISON DE DEUX STRATEGIES D'IMMOBILISATION AU COURS DES SPONDYLODISCITES A PYOGENES

H. HARRABI¹, A. DINH², G. GRAS¹, D. MULLEMAN³, L. BERNARD¹

1- Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, CHRU TOURS

2- Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, CHU GARCHES

3- Service de Rhumatologie , CHRU TOURS



INTRODUCTION

- En France, incidence de la spondylodiscite infectieuse: 2,4/100 000 habitants/an en 2002
- Nombre moyen de séjour: 1400/an
- Durée moyenne de séjour en 2002: 25 jours (1-392 jours)
- Morbi-mortalité non négligeable
- Mortalité: 2-30%

L. Grammatico , Epidemiology and infection, 2008

SPILF, Spondylodiscites infectieuses primitives, et secondaires à un geste intra-discal sans mise en place d'un matériel

- Modalités et durée d'immobilisation dans les spondylodiscites

- Objectifs : améliorer le pronostic fonctionnel rachidien à distance
- Basées uniquement sur des recommandations d'experts

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

ETAT DES LIEUX

- En France, grande variabilité des pratiques d'immobilisation (Etude DTS : stratégies d'immobilisation différentes)
- Impact connu de la durée de décubitus sur
 - Décompensation des comorbidités
 - Escarres
 - Qualité de vie
 - Durée d'hospitalisation
- Aucune donnée dans la littérature sur l'impact de la durée d'immobilisation sur le pronostic fonctionnel

OBJECTIFS

- **Principal :**

- Pronostic fonctionnel (douleur et qualité de vie) à distance de l'épisode infectieux en fonction de la stratégie d'immobilisation

- **Secondaires :**

- Facteurs de risque associés à la persistance de douleurs rachidiennes à distance de l'épisode infectieux
- Description des complications de décubitus

PATIENTS & METHODES

- Etude bi centrique, descriptive et analytique
- Prospective avec analyse rétrospective
- Centres avec stratégies d'immobilisation différentes
 - Stratégie 1: Décubitus prolongé et reverticalisation progressive
 - Stratégie 2: Verticalisation immédiate dès que le corset est disponible
- Critères de jugement à plus d'un an
 - Douleur (EVA) et qualité de vie (EDQ5, échelle état de santé)
 - Complications liées au décubitus
- Statistiques
 - Comparative : Chi2, Student
 - Univariée puis multivariée (douleur selon l'EVA à plus d'un an)

RESULTATS

- 76 patients
 - 56 patients avec stratégie 1 (durée prolongée)
 - 20 patients avec stratégie 2 (durée courte)
- Réévaluation de la douleur et la qualité de vie à 18 mois en moyenne (12-36 mois)

Paramètres	Stratégie	Stratégie 1: durée longue N=56	Stratégie 2: durée courte N=20	<i>p</i>
Age moyen (ans)		65	67,5	NS
Sexe Masculin		60%	55%	NS
Chirurgie du rachis		16%	0%	0,06
Atteinte lombaire		82%	65%	0,11
<i>S. aureus</i>		25%	55%	0,014
REEDUCATION				
Durée moyenne décubitus (DDS+ Reverticalisation) (j)		33,7 (22+11,7)	19,7 (14+5,7)	< 0,001
Délai du corset / prise en charge (j)		12,4	11,3	NS
DÉCUBITUS				
Complications de décubitus		19,6%	15%	NS
Escarres		10%	5%	NS
PRONOSTIC FONCTIONNEL				
EVA douleur (>1 an)		1,2	0,8	0,06
État de santé général (>1 an)		67%	74%	0,48
Échelle EDQ5 (> 1 an)		2,7/12	1,8/12	0,19

RESULTATS

- Étude univariée
 - 44 patients évaluable
 - douleur à > 1 an évaluée selon l'EVA
 - 0 : pas de douleur
 - >0 : présence de douleur

RESULTATS

Analyse univariée (Douleur selon EVA > 1 an)

	OR	IC 95%	<i>p</i>
Age >65 ans	0,25	0,07-0,91	0,032
Sexe masculin	0,39	0,11-1,36	0,13
Intervention chirurgicale du rachis	4,2	0,43-44,1	0,2
Infection à <i>S. aureus</i>	2,3	0,21-25,2	0,07
Atteinte lombaire	0,94	0,9-29	0,09
Décubitus >30 jours	2,7	0,78-9,5	0,11
Délai du corset >11jours	0,64	0,18-2,24	0,5

RESULTATS

Analyse multivariée (Douleur selon EVA > 1 an)

	OR	IC 95%	<i>p</i>
Age >65 ans	0,33	0,06-1,7	0,18
Sexe masculin	2,73	0,6-12,36	0,19
Infection à <i>S. aureus</i>	0,32	0,09-1,13	0,07
Atteinte lombaire	3	0,38-23,8	0,29
Durée de décubitus >30 jours	1,66	0,36-7,61	0,5

DISCUSSION

- Il ne semble pas exister de différence sur le pronostic fonctionnel selon la durée d'immobilisation
- Limites:
 - Effectif faible
 - Hétérogénéité de la population étudiée
 - Critères de jugement discutables
 - EVA
 - Pas de données à J0

DISCUSSION

- Très peu d'études évaluant le pronostic fonctionnel à distance d'un épisode de spondylodiscite
- Données discordantes

DISCUSSION

- Étude rétrospective italienne
 - 56 patients
 - Protocole de rééducation :
 - DDS (corset plâtré) durée moyenne de **8 semaines**
 - Immobilisation (corset) **4 semaines** avec reverticalisation progressive.
 - Durée moyenne de suivi de 28 mois
 - Douleur résiduelle: **21%**
 - Cyphose séquellaire: 3,5%

=> douleur résiduelle malgré un décubitus très prolongé

DISCUSSION

- Étude française
 - 16 patients
 - Protocole de rééducation:
 - DDS: 3 à 4 semaines,
 - Reverticalisation progressive: orthèse rigide, 1 mois.
 - A 6 mois
 - Guérison de 94%
 - **Pas de douleur résiduelle**

E. Veillard, Rev Rhum (2000) ;67 :219-28.

CONCLUSION

- Pas de lien entre une durée de décubitus prolongée et douleur rachidienne à distance d'une spondylodiscite infectieuse
- Impact connu de la durée de décubitus sur la qualité de vie, les coûts d'hospitalisation et les complications de décubitus
- Peu de données dans la littérature
- Une étude prospective avec une population homogène et des critères de jugement plus adaptés est en cours

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**