



JNI

13^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

Tours et le GÉRICCO

Du mercredi 13 au
vendredi 15 juin 2012

VINCI - Centre International
de Congrès



COL03-4



SIX SEMAINES D'ANTIBIOTHÉRAPIE PEUVENT-ELLES SUFFIRE POUR UNE SPONDYLODISCITE ?

A. Elsendoorn (1), G. Beraud (1), G. Le Moal (1), C. Godet (1),
C. Plouzeau (2), F. Debiais (3), F. Roblot (1),

(1) Maladies infectieuses,
(2) Microbiologie hygiène,
(3) Rhumatologie,
CHU Poitiers, Poitiers, France.



13^{es} JNI, Tours
du 13 au 15 juin 2012



Déclaration de liens d'intérêts de 2010 à 2012

- Absence de liens d'intérêt



13^{es} JNI, Tours
du 13 au 15 juin 2012

PROBLÉMATIQUE

- Spondylodiscites = **pathologie fréquente**
- **Durée traitement** non consensuelle : 6 semaines ? 3 mois ?
- **Traitements longs** : iatrogénie, impact écologique et économique
- **Objectif principal** : Comparer le pronostic des spondylodiscites selon la durée du traitement antibiotique (\leq ou $>$ 6 semaines)
- **Objectifs secondaires** : décrire aspects épidémiologiques, microbiologiques, radiologiques, thérapeutiques

MÉTHODE

- Etude **rétrospective**, services de Rhumatologie, Neurochirurgie, Maladies infectieuses, **01/01/1995 => 31/12/2008**
- **Diagnostic de spondylodiscite :**
 - Signes cliniques
 - + IRM ou TDM
 - + Hémocultures et/ou prélèvement discovertébral
- **Critères d'exclusion :**
 - Microbiologiques (mycobactéries, champignons)
 - Matériel étranger vertébral
 - Absence de donnée clinique disponible 6 mois après fin du traitement

MÉTHODE

- Deux groupes selon durée d'antibiothérapie
 - **Groupe 1** : antibiothérapie \leq 45 jours
 - **Groupe 2** : antibiothérapie $>$ 45 jours
- **Recueil des données** : épidémiologiques, microbiologiques, radiologiques et thérapeutiques
- **Evolution** : 6 mois après arrêt du traitement et à long terme (dossier et/ou contact MT)
 - Guérison : absence de rechute
 - Rechute : isolement de la même bactérie (HC/PBDV)

POPULATION

- **Total spondylodiscites recensées : 310**
- **Spondylodiscites exclues : 127 (41,0 %)**
 - Absence de documentation microbiologique (n = 50)
 - Données manquantes ou incertaines (n = 33)
 - Matériel orthopédique sur le rachis (n = 25)
 - Absence de suivi à 6 mois (n = 14)
 - Incertitude diagnostique (n = 5)
- **Effectif final : 183 patients**
 - 129 H, 54 F, sex-ratio 2,39
 - Âge moyen (DS) 63,8 (14,8) ans

POPULATION

	Groupe 1 (n = 63)	Groupe 2 (n = 120)	p
Âge moyen (DS)	59,3 (14,6)	66,1 (14,4)	0,003
Sex ratio H/F	48 / 15	81 / 39	0,221
Contexte postopératoire	18 (28,6 %)	20 (16,7 %)	0,059
Endocardite	9 (14,3 %)	24 (20 %)	0,339
Diabète	4 (6,3 %)	23 (19,2 %)	0,02

RADIOLOGIE

	Groupe 1 (n = 63)	Groupe 2 (n = 120)	p
1 étage atteint	59 (93,7 %)	99 (82,5 %)	0,037
≥ 2 étages atteints	4 (6,3 %)	21 (17,5 %)	idem
Épidurite	22 (34,9 %)	39 (32,5 %)	0,741
Abcès paravertébral/psoas	18 (28,6 %)	47 (39,2 %)	0,155
Épidurite /abcès	33 (52,4 %)	66 (55 %)	0,736

BIOLOGIE

	Groupe 1 (n=63)	Groupe 2 (n=120)	p
CRP initiale (mg/l) (DS)	101 (81)	136 (119)	0,038
Hémocultures positives	39 (61,9 %)	93 (77,5 %)	0,025
PBDV* positives / réalisées	28 / 30	40 / 46	0,468

* Ponction-biopsie disco-vertébrale

MICROBIOLOGIE

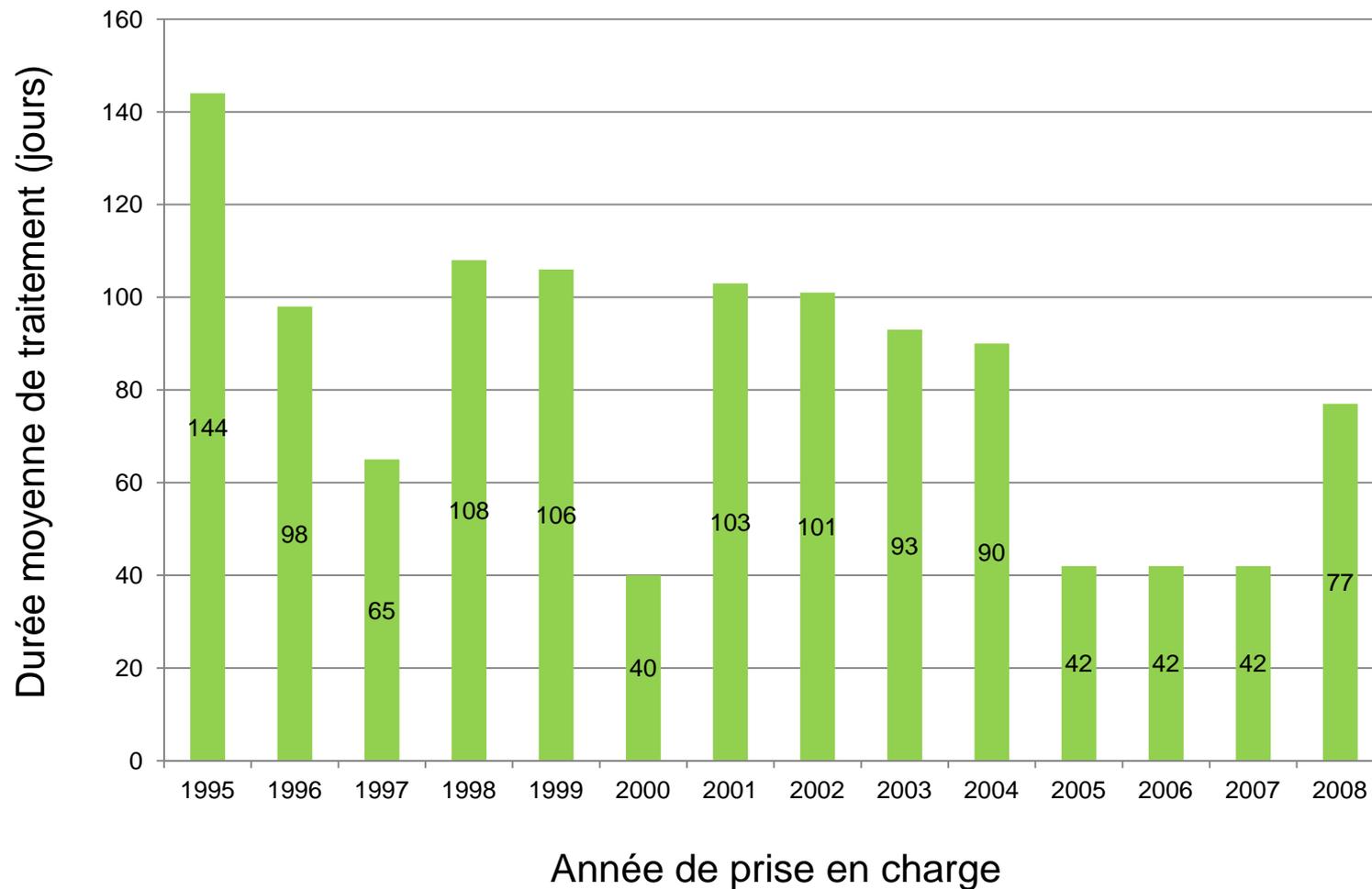
	Groupe 1 (n=63 patients, 65 germes)	Groupe 2 (n=120 patients, 122 germes)	p
<i>Staphylococcus aureus</i>	19 (29,2 %)	48 (39,3 %)	0,170
Staphylocoques coag. nég.	16 (24,6 %)	28 (23,0 %)	0,798
<i>Streptococcus spp.</i>	15 (23,1 %)	17 (13,9 %)	0,114
<i>Enterococcus spp</i>	2 (3,1 %)	8 (6,6 %)	0,498
Entérobactéries	8 (12,3 %)	14 (11,5 %)	0,866

TRAITEMENT*

	Groupe 1 (n=63)	Groupe 2 (n=120)	p
Durée d'antibiothérapie (DS) (jrs)	41 (4,4)	93 (36,0)	<0,001
Durée d'antibiothérapie IV (DS) (jrs)	20,2 (16,3)	32,6 (27,4)	0,004
Pénicilline M \pm autre antibiotique	16 (25,4 %)	42 (35 %)	0,185
Glycopeptide \pm autre	8 (12,7 %)	24 (20 %)	0,217
Fluoroquinolone + rifampicine	26 (41,3 %)	39 (32,5 %)	0,239
C3G + Fosfomycine	7 (11,1 %)	18 (15 %)	0,467
Clindamycine + autre antibiotique	5 (7,9 %)	26 (21,7 %)	0,019
Acide fusidique + autre antibiotique	3 (4,8 %)	19 (15,8 %)	0,029

* Antibiothérapies prescrites pour durée \geq 6 jours

TRAITEMENT



PRONOSTIC À 6 MOIS

	Groupe 1 (n=63)	Groupe 2 (n=120)	p
Guérison	56 (88,9 %)	110 (91,7 %)	0,539
Rechute	0 (0 %)	5 (4,2 %)	0,166
Décès	7 (11,1 %)	5 (4,2 %)	0,112

PRONOSTIC À LONG TERME

	Groupe 1 (n=63)	Groupe 2 (n=120)	p
Perdus de vue	25 (39,7 %)	39 (32,5 %)	0,333
Patients analysables	38 (60,3 %)	81 (67,5 %)	idem
Durée de suivi (DS) en mois	81,2 (39,5)	107,0 (51,2)	0,011
Guérison	27 (71,1 %)	51 (63,0 %)	0,963
Rechute	0 (0 %)	2 (2,5 %)	0,546
Décès*	11 (28,9 %)	28 (34,6 %)	0,448

* Non liés à l'infection

POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

- Critères d'inclusion stricts : imagerie, bactériologie
- Echantillon important (183 patients)
- Groupes comparables sur plusieurs aspects (contexte post-opératoire, endocardite, germes, abcès, épidurites)
- Suivi à 6 mois et à long terme

LIMITES DE L'ÉTUDE

- Limitée aux spondylodiscites sans matériel et documentées
- Différences entre les groupes (âge, comorbidités, nbre étages, CRP, hémocs, durée ttt iv) => infections plus sévères et ttt long ?
- Pas de comparaison 6 versus 12 semaines de ttt
- Pas d'évaluation à 6 semaines de ttt
- Pronostic fonctionnel ?

DISCUSSION - CONCLUSION

- Pronostic favorable
- Taux de rechute faible
- Rechutes surtout avant 6 mois
- Une antibiothérapie ≤ 45 jours n'augmente pas le risque de rechute/décès a priori
- Critères devant faire choisir durée : à déterminer, cf. études en cours...

REMERCIEMENTS

- F. Bastides, B. Bataille, G. Beraud, JM. Besnier, P Choutet, F. Debiais, P. François, C. Godet, G. Le Moal, D. Mullman, C. Plouzeau, F. Roblot, P. Roblot, JP. Valat.

MERCI DE VOTRE ATTENTION



13^{es} JNI, Tours
du 13 au 15 juin 2012