



Tours le 14 juin 2012

Présentation clinique et délai diagnostique de 88 cas de spondylodiscites (SDI) à pyogène Impact de la prise d'anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Maxime JEAN¹, Aurélien DINH¹, Alexis DESCATHA¹,
Guillaume GRAS², Denis MULLEMAN³, Louis BERNARD^{1,2}

¹Service des maladies infectieuses, CHU R. Poincaré, Garches

²Service des maladies infectieuses, CHU Bretonneau, Tours

³Service de rhumatologie, CHU Bretonneau, Tours

Introduction

- Spondylodiscite à pyogène = pathologie rare
incidence: 2,4 / 100 000

Gramatico. JNl 2011
Zimmerli. NEJM 2010
RCP SPILF 2007

- Diagnostic difficile, souvent retardé: 1-6 mois

Gasbarrini. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2005
NEJM 2010

- Peu d'études récentes depuis l'amélioration de l'accès à l'IRM

Carragee. Spine 1997

- Impact des AINS sur le délai diagnostique et la présentation clinique non étudié

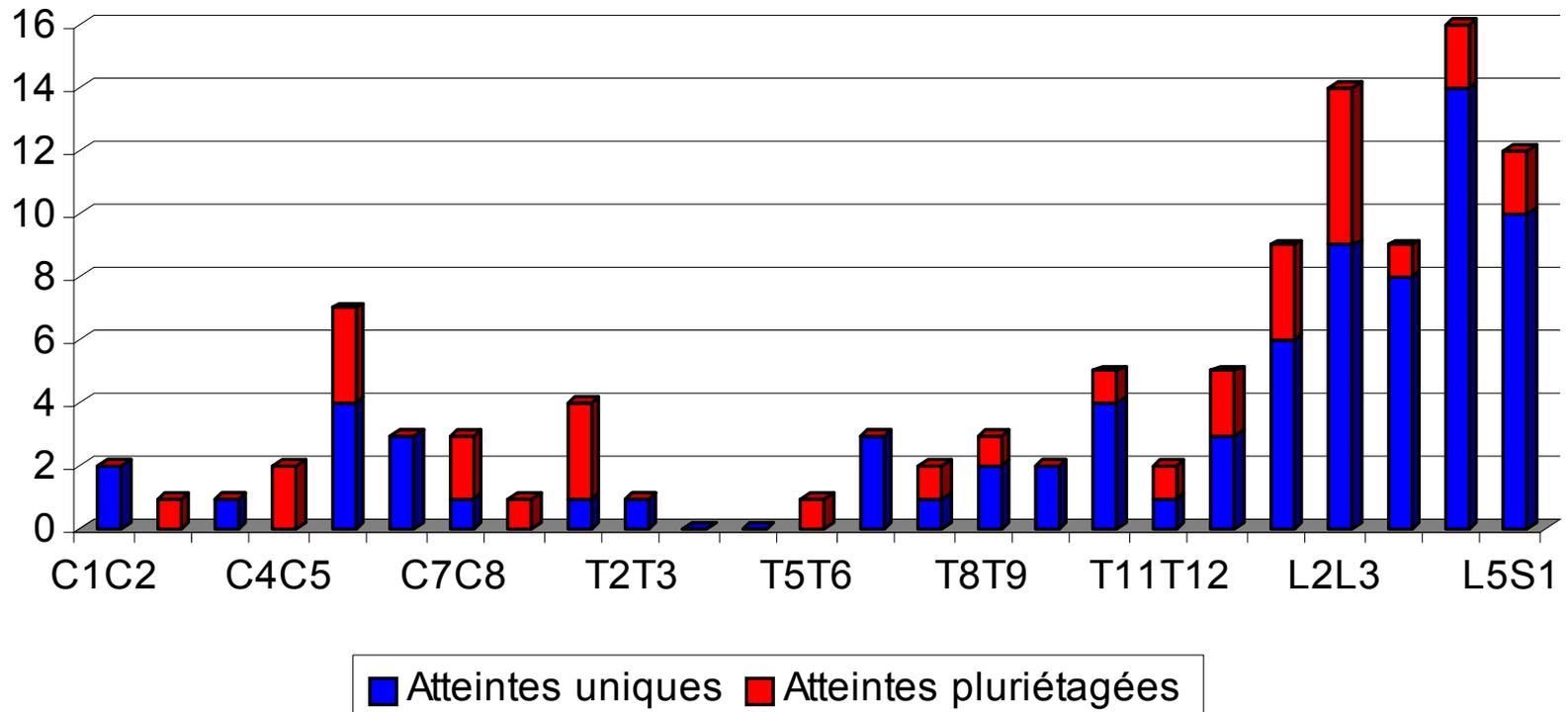
Matériel et Méthode

- Etude prospective de 88 cas de SDI à pyogène
- Définition : Clinique et imagerie compatible + confirmation microbiologique :
 - au moins 1 prélèvement profond, (hémoculture ou PBDV) positif à un germe non contaminant
 - ou 2 prélèvements positifs à germe potentiellement contaminant identique
- Recueil :
 - Antécédents rachidiens
 - Traitement symptomatique préalable au diagnostic et prise d'AINS
 - Délai diagnostique (début des symptômes-diagnostic)
 - Présentation clinique initiale (premiers symptômes)
 - Présentation clinique au diagnostic (recherche de complications)

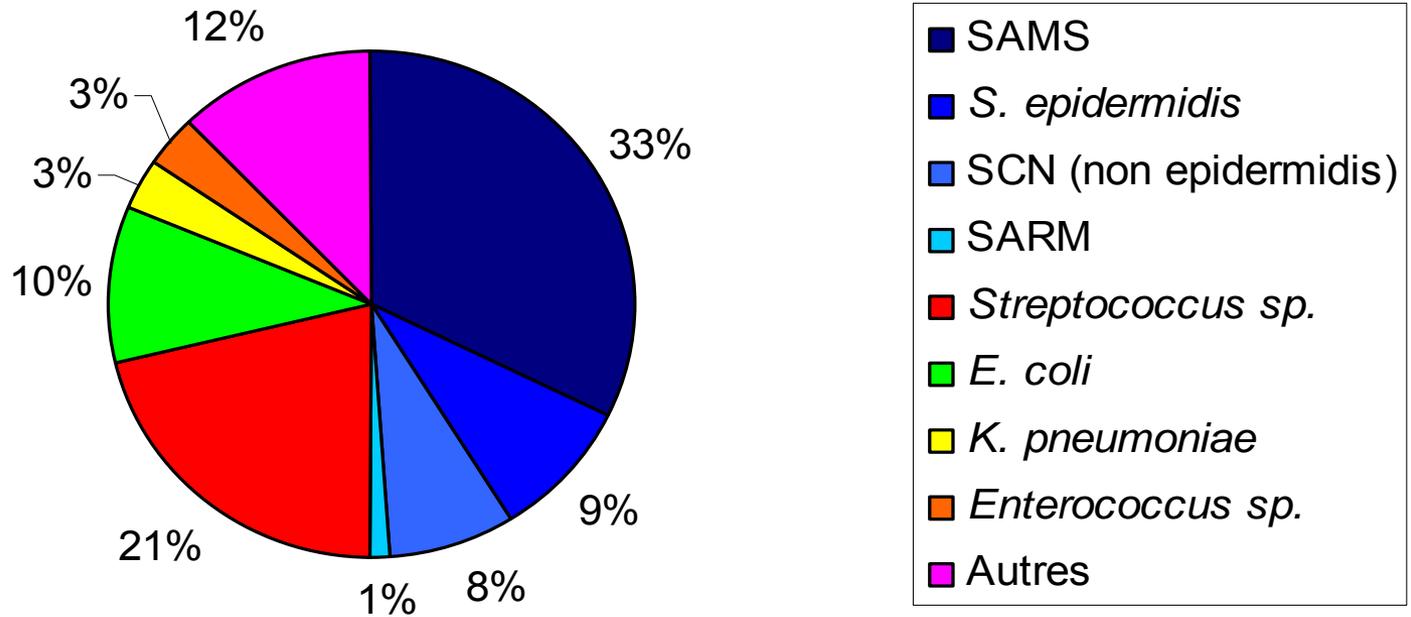
Population

Caractéristiques,	Total patients: n=88
Démographiques	
Age moyen, ans (range, écart-type)	64,06 (26-95, +/-16)
Sexe ratio H/F	2,13
Antécédents	
	n (%)
Lombalgies chroniques	24 (27,3)
Lombalgies aiguës à répétition	13 (14,8)
Rhumatisme inflammatoire	3 (3,4)
Néoplasie	18 (20,4)
Alcoolisme chronique	16 (18,2)
Diabète	15 (17)
Neuropathie	8 (9,1)
Toxicomanie	8 (9,1)
Immunodépression	3 (3,4)
Démence	2 (2,3)

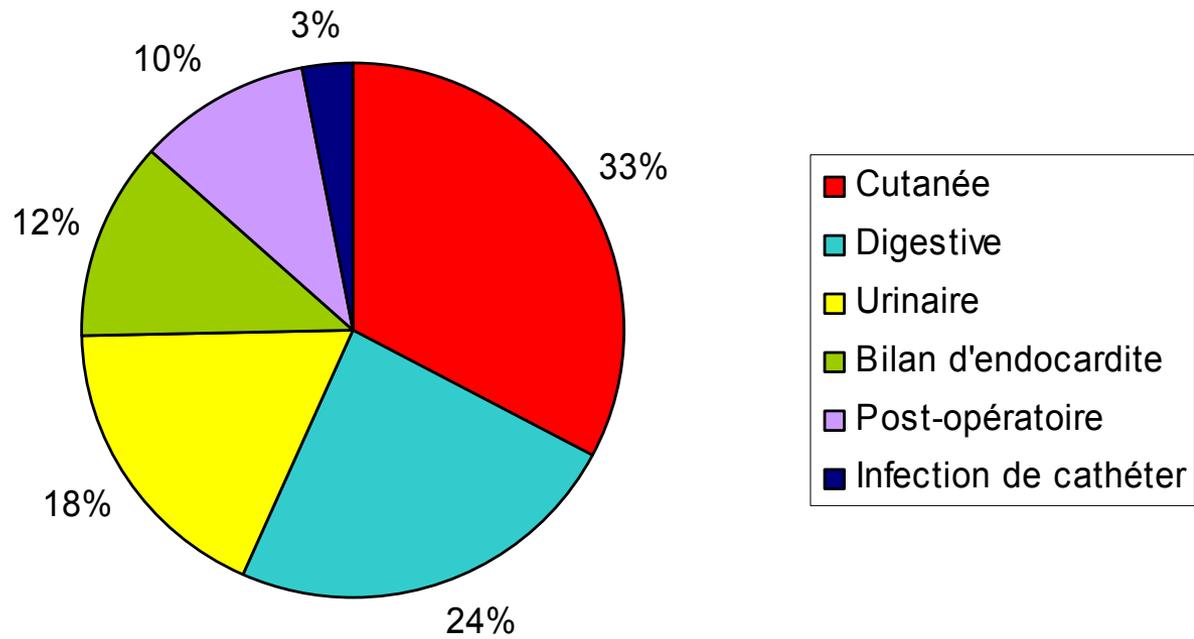
Topographie



Microbiologie



Porte d'entrée



Clinique

Symptômes	A l'origine de la première consultation, n (%)	Au diagnostic, n (%)
Température > 38°5	46 (52,2)	43 (48,9)
Rachialgie	76 (86,4)	79 (89,7)
Rachialgie fébrile	37 (42)	40 (45,5)
Syndrome radiculaire	20 (22,7)	26 (29,5)
Radiculalgie fébrile	7 (8)	11 (12,5)
Déficit moteur	8 (9,1)	10 (11,4)
Déficit sensitif	2 (2,3)	6 (6,8)
Déficit sensitivo-moteur	1 (1,1)	3 (3,4)
Troubles sphinctériens	4 (4,6)	7 (7,9)
Compression médullaire	3 (3,4)	6 (6,8)
SIRS	/	22 (25)

Clinique

Symptômes	A l'origine de la première consultation, n (%)	Au diagnostic, n (%)
Température > 38°5	46 (52,2)	43 (48,9)
Rachialgie	76 (86,4)	79 (89,7)
Rachialgie fébrile	37 (42)	40 (45,5)
Syndrome radiculaire	20 (22,7)	26 (29,5)
Radiculalgie fébrile	7 (8)	11 (12,5)
Déficit moteur	8 (9,1)	10 (11,4)
Déficit sensitif	2 (2,3)	6 (6,8)
Déficit sensitivo-moteur	1 (1,1)	3 (3,4)
Troubles sphinctériens	4 (4,6)	7 (7,9)
Compression médullaire	3 (3,4)	6 (6,8)
SIRS	/	22 (25)

Clinique

Symptômes	A l'origine de la première consultation, n (%)	Au diagnostic, n (%)
Température > 38°5	46 (52,2)	43 (48,9)
Rachialgie	76 (86,4)	79 (89,7)
Rachialgie fébrile	37 (42)	40 (45,5)
Syndrome radiculaire	20 (22,7)	26 (29,5)
Radiculalgie fébrile	7 (8)	11 (12,5)
Déficit moteur	8 (9,1)	10 (11,4)
Déficit sensitif	2 (2,3)	6 (6,8)
Déficit sensitivo-moteur	1 (1,1)	3 (3,4)
Troubles sphinctériens	4 (4,6)	7 (7,9)
Compression médullaire	3 (3,4)	6 (6,8)
SIRS	/	22 (25)

Clinique

Symptômes	A l'origine de la première consultation, n (%)	Au diagnostic, n (%)
Température > 38°5	46 (52,2)	43 (48,9)
Rachialgie	76 (86,4)	79 (89,7)
Rachialgie fébrile	37 (42)	40 (45,5)
Syndrome radiculaire	20 (22,7)	26 (29,5)
Radiculalgie fébrile	7 (8)	11 (12,5)
Déficit moteur	8 (9,1)	10 (11,4)
Déficit sensitif	2 (2,3)	6 (6,8)
Déficit sensitivo-moteur	1 (1,1)	3 (3,4)
Troubles sphinctériens	4 (4,6)	7 (7,9)
Compression médullaire	3 (3,4)	6 (6,8)
SIRS	/	22 (25)

Biologie

Biologie	
PNN, moyenne G/L (range)	9,63 (2,45-22,1)
CRP, moyenne mg/L (range)	140,43 (6-435)
Microbiologie, n (%)	
Hémocultures positives	67 (76,1)
PBDV positives	23 (26,1)

Délais diagnostiques

Délai clinique,		Jours
Du premier symptôme à la première consultation	Moyen (range, écart-type)	4,09 (0-60, +/- 9,9)
	Médian	2
De la première consultation au diagnostic	Moyen (range, écart-type)	39,2 (2-280, +/- 48,6)
	Médian	23
Du premier symptôme au diagnostic	Moyen (range, écart-type)	45,5 (2-280, +/- 50,4)
	Médian	31

Traitements anti inflammatoires

Population	n=88
Prise d'anti-inflammatoires	n (%)
Stéroïdiens	16 (18,1)
Non stéroïdiens	20 (22,7)
AINS + Stéroïdiens	6 (6,8)
Total	42 (47,7)

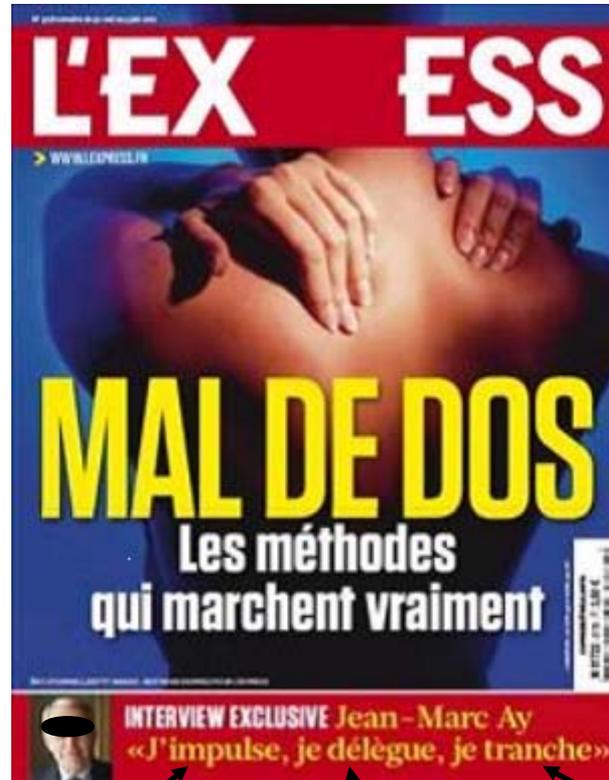
Impact des AINS

	Si prise d'AINS, n=26	Sans AINS, n=62	
Délai diagnostic moyen, jours	46,6	45,9	<i>p = 0,056</i>
Température > 38°5 au diagnostic	42.3%	48.3%	<i>p = 0,151</i>
Déficit neurologique	7.7%	12%	<i>p = 0,318</i>

Conclusions

- > 25% de patients dorsalgiques chroniques
- Patients fébriles : +/- 50%
- Formes compliquées : rares
- Délai diagnostique moyen ↓ comparativement aux précédentes études
- Dans notre travail, la prise d'AINS ne semble pas modifier
 - le délai diagnostique,
 - le tableau clinique,
 - la gravité au diagnostic

Merci pour votre attention



L'idée de SDI devant
une rachialgie,
même non fébrile

Aux
microbiologistes,
biochimistes
(hémoc et CRP)

En
proposant
facilement
une IRM