

Prise en charge des ostéites pelviennes secondaires aux escarres

AS. Brunel¹, B. Lamy¹, S. Eymard-Duvernay², H. Bertet¹, L. Téot¹, J. Reynes^{1,2}, V. Le Moing^{1,2}

¹ CHU de Montpellier, France

² UMI 233 TransVIHMI, Université Montpellier 1, France

Objectifs

Aucun consensus n'existe sur la stratégie diagnostique et thérapeutique des ostéites secondaires aux escarres pelviennes, malgré une prévalence élevée de ce type d'ostéite par contiguïté.

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'impact d'une stratégie associant une chirurgie, une antibiothérapie prolongée et une cicatrisation dirigée ou un traitement par pression négative sur la guérison de ces escarres, et d'identifier les facteurs associés à cette guérison.

Matériels et méthodes

- Une étude de cohorte rétrospective est réalisée, incluant tout patient avec une suspicion clinique d'ostéite pelvienne secondaire à une escarre, ayant eu des biopsies osseuses chirurgicales entre le 1^{er} Janvier 2005 et le 1^{er} Octobre 2011 au CHU de Montpellier.
- Le diagnostic « d'ostéite secondaire à une escarre » était retenu sur l'association de :
 - Os cortical/spongieux exposé OU signes histologiques d'ostéite OU signes d'ostéite à l'IRM/TDM/scintigraphie osseuse
 - ≥ 1 culture d'une biopsie osseuse positive à des germes non commensaux OU ≥ 3 cultures positives à des germes de la flore cutanée commensale.
- Les critères de jugement étaient les taux de guérison et de récurrence à la fin de l'étude (15/04/2012).

Tableau 1. Distribution des micro-organismes isolés de biopsies osseuses, obtenues de 54 escarres avec suspicion d'ostéite.

Biopsies osseuses	
Nombre (%) d'échantillons réalisés	70
- échantillons positifs	68 (97,1)
- échantillons stériles	2 (2,9)
Nombre d'isolats total	256
Nombre d'isolats moyen/échantillon positifs	3,76
Nombre (%) d'isolats par pathogène	
Cocci gram positif	78 (30,4)
<i>Staphylococcus</i>	30 (11,7)
- <i>S. aureus</i>	21
dont SARM	12
- SCN	9
Entérocoques	19 (7,4)
Streptocoques	29 (11,3)
- Streptocoques groupe A	0
- Streptocoques groupe B	0
- Streptocoques groupe C	10
- Streptocoques groupe D	4
- <i>Streptococcus viridans</i>	10
- Pneumocoque	0
- Autres cocci gram positif	5
<i>Propionibacterium spp.</i>	0
<i>Corynebacterium spp.</i>	14
<i>Micrococcus</i>	0
Bacilles gram négatif	54 (21,1)
- Entérobactéries	40 (15,6)
- <i>Escherichia coli</i>	16
- <i>Proteus spp.</i>	20
- <i>Klebsiella spp.</i>	0
- <i>Serratia marcescens</i>	0
- <i>Enterobacter spp.</i>	1
- <i>Morganella morganni</i>	3
- <i>Citrobacter spp.</i>	0
- <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	10
- <i>Acinetobacter baumannii</i>	4
- <i>Stenotrophomonas spp.</i>	0
Bacilles gram positif (actinomyces)	4 (1,6)
Anaérobies	106 (41,4)
Nombre d'échantillons positifs en anaérobies	44 (64,7)
Nombre d'isolats anaérobies moyen /échantillons positifs en anaérobies	2,30
- <i>Bacteroides spp.</i>	33
- <i>Peptostreptococcus spp.</i>	30
- <i>Clostridium spp.</i>	0
- <i>Fusobacterium spp.</i>	1
- <i>Veillonella</i>	3
- <i>Prevotella</i>	14
- Autres anaérobies	25

S. aureus : *Staphylococcus aureus*; SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la métiline; SCN : staphylocoques à coagulase négative; spp. : species.

Tableau 2. Validité des différentes techniques d'imagerie pour le diagnostic d'ostéite sur escarres.

Type d'imagerie	Total	Nombre d'escarres				Sensibilité %	VPP %
		BO + Imagerie +	BO + Imagerie -	BO - Imagerie +	BO - Imagerie -		
IRM osseuse	39	34	3	2	0	91,9	94,4
TDM osseuse	19	13	6	0	0	68,4	100
Scintigraphie Tc99 ^m	7	6	1	0	0	85,7	100

IRM : imagerie par résonance magnétique; TDM : tomographie assistée par ordinateur; Tc : technécium; BO : biopsie osseuse; VPP : valeur prédictive positive.

Résultats

- Caractéristiques initiales** : parmi 38 patients, 31 (82%) étaient des hommes, 36 (95%) traumatisés médullaires, d'âge moyen 50 ans, 17 (45%) tabagiques et 12 (32%) avaient plusieurs escarres. A l'admission, 57,9% des patients avaient une fièvre ≥ 38,5° et la valeur médiane de la CRP était de 123 mg/l [64-213]. Cinquante-quatre escarres étaient incluses dont 27 (50%) ischiatiques et 49 (91%) de stade IV.
- Bactériologie** : La culture était positive pour 68 des 70 biopsies, polymicrobienne dans 79% des cas (54), avec une moyenne de 3,8 isolats par biopsie. Parmi 256 isolats, les bactéries les plus fréquentes étaient *Bacteroides* (33), *Peptostreptococcus* (30), *Streptococcus* (29), *Staphylococcus aureus* (21) et *Proteus* (20) (Tableau 1). La fréquence des bacilles à gram négatif et des anaérobies étaient respectivement de 21% (54) et 41% (106).
- Imagerie** : La sensibilité de l'imagerie par résonance magnétique pour le diagnostic d'ostéite était de 91% (Tableau 2).
- Traitements-Evolution** : une antibiothérapie a été instaurée pour 51 des 52 ostéites confirmées avec une durée médiane de 91 jours [65,5-137], > 3 mois dans 49% des cas. Vingt-huit (54%) escarres ont eu une reconstruction par lambeaux et 37 (71%) un traitement par pression négative. Le taux de guérison était de 37% après un délai médian de 10,4 mois. Le taux de récurrence était de 18% et la durée médiane de suivi après guérison de 15,2 mois. Aucun facteur pertinent n'était associé à une guérison plus fréquente.

Conclusion

Le taux de guérison des ostéites sur escarre dans notre étude est faible, comparable à celui rapporté dans la littérature. Le diagnostic d'ostéite nécessite des biopsies osseuses guidées par l'IRM. L'association d'un traitement chirurgical (débridement osseux, reconstruction cutanée), d'un traitement par pression négative et d'une antibiothérapie ciblée semble indispensable. Des études prospectives évaluant une stratégie standardisée sont nécessaires.