

Infection ostéoarticulaire sur matériel à entérocoques et à streptocoques : existe-t-il une différence dans leur prise en charge et leur évolution ?



Hervé Dutronc¹, Stéphane Mitrovic¹, Aurélie Gobet², Frédéric-Antoine Dauchy¹, Gaëtane Wirth¹, Bertille de Barbeyrac³, Michel Dupon¹

1 - Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
2 - UCAIM-SIM-Pôle de Santé publique
3 - Laboratoire de Bactériologie

Hôpital Pellegrin, Place Amélie Raba-Léon 33076 Bordeaux

Introduction :

Les infections ostéoarticulaires sur matériel (IOAM) à entérocoque sont rares (3%) comparativement aux IOAM à streptocoque (10%). Si le genre entérocoque est proche du genre streptocoque par leur appartenance au groupe D de Lancefield, il s'en distingue par leur croissance en milieu hostile (NaCl à 6,5%), leur hydrolyse du PYR et leur différence de sensibilité aux antibiotiques.

Qu'en est-il de leur prise en charge et de leur évolution au cours des IOAM ?

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective (janvier 2009-décembre 2013) réalisée au CHU de Bordeaux au cours de laquelle nous avons colligé, au sein des IOAM (infections sur prothèses et sur matériel d'ostéosynthèse posé sur rachis et sur os périphérique), les infections à entérocoque et à streptocoque. Le recueil a été établi à partir des données du laboratoire de bactériologie et du PMSI. Nous avons effectué une étude descriptive des cas puis nous les avons comparés en analyse univariée pour les principales caractéristiques cliniques, paracliniques, de prise en charge et d'évolution. Les deux groupes ont également été comparés pour la guérison à un an de suivi après ajustement sur le statut mono/polymicrobien, le délai de prise en charge chirurgicale et l'existence d'une fistule.

Résultats :

Parmi 762 IOAM, nous avons retenu 34 infections à entérocoque (4,4%), parmi lesquelles seules 11 étaient monomicrobiennes et 64 infections à streptocoque (8,4%). L'espèce prédominante parmi les entérocoques était *Enterococcus faecalis* (89%) et parmi les streptocoques *Streptococcus agalactiae* (30%). Les prélèvements étaient chirurgicaux ou réalisés par ponction. Les 2 groupes de patients avaient les mêmes caractéristiques en ce qui concerne l'âge, le sexe, les antécédents. Les infections sur prothèse étaient majoritaires dans les 2 groupes. Les infections sur ostéosynthèse rachidienne représentaient 20,5% des infections à entérocoque contre seulement 3% des infections à streptocoque. Les caractéristiques biologiques et radiologiques étaient identiques dans les 2 groupes. Les comparaisons en analyse univariée des autres paramètres sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	Entérocoque : n=34 (%)	Streptocoque : n=64 (%)	p
Délai de survenue de l'infection par rapport à la chirurgie :			
< 1 mois	21 (61,7)	8 (12,5)	<0,0001
> 1 mois	13 (38,2)	56 (87,5)	
Mécanisme supposé de l'infection :			
hématogène	1 (3)	32 (50)	
post opératoire :	32 (94)	25 (39)	
précoce	20	9	
tardive	12	16	
autres	1 (3)	7 (11)	
Fièvre	7 (20,6)	31 (49,2)	0,0059
Fistule	26 (76,4)	20 (31,25)	<0,0001
Prélèvements monomicrobiens / polymicrobiens	11 / 23 (32,3 / 67,6)	51 / 13 (79,7 / 20,3)	<0,0001
Prise en charge chirurgicale :			
précoce (<15 jours)	22 (64,7)	30 (46,8)	0,0284
différée (>15 jours)	7 (20,6)	30 (46,8)	
Antibiothérapie (10 semaines en moyenne dans les 2 groupes) :			
monothérapie (+/- précédée d'une bithérapie)	5 (15)	21 (34)	NS
association d'antibiotiques	29(85)	41 (66)	
Guérison à 1 an	18 (52,9)	46 (71,8)	0,0609

Discussion - Conclusion :

Comparativement aux IOAM à streptocoque, les IOAM à entérocoque sont des infections :

- le plus souvent polymicrobiennes,
- se manifestant fréquemment par une fistule,
- qui surviennent précocement par rapport à la chirurgie, nécessitant donc une prise en charge chirurgicale rapide (le plus souvent sous la forme d'un débridement-lavage comme cela a été réalisé dans notre série [67,6%]),
- traitées, comme les IOAM à streptocoque, fréquemment par une association d'antibiotiques,
- dont l'évolution à 1 an, en analyse multivariée, est significativement plus défavorable après ajustement sur le statut mono/polymicrobien, le délai chirurgical et l'existence d'une fistule. Cependant, sur les 16 patients ayant rechuté, 9 avaient une infection polymicrobienne.

Ces résultats sont en adéquation avec 2 études récentes de la littérature^{1, 2}