

Info-antibio N°98: Mai 2023

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur infectiologie.com. Abonnement gratuit [à partir de ce lien](#)
Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Infection disco-vertébrale de l'adulte (spondylodiscite)

Recommandations SPILF 2023 ID Now <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2023.01.007> – [diaporama groupe recos](#)

L'infection disco-vertébrale (IDV) est l'ostéomyélite hématogène la plus fréquente passé 50 ans. Elle est à évoquer devant :

- Des rachialgies (récentes) associées à de la fièvre, une élévation de CRP, ou une bactériémie.
- Toute évolution inattendue d'un geste rachidien ou périrachidien (inflammation, écoulement, désunion.....)

Examens biologiques utiles pour le diagnostic et/ou le suivi:

Il faut 2 paires d'hémocultures aéro/anaérobie avant toute antibiothérapie et une mesure de la CRP.

En cas d'hémocultures négatives (et de sérologie négative si suspicion d'intracellulaire), ponction d'un abcès/collection

Si négatif, ponction biopsie disco vertébrale (PBDV) guidée avec 5 échantillons, avant ATB (ou après fenêtre de 14j).

Pour les IDV sur matériel, ne pas faire de prélèvement superficiel de la fistule ou de la cicatrice.

Recherche de pyogènes, mycobactéries, fungi, histologie, et, si culture négative ou biopsie faite sous ATB, biologie moléculaire (ciblée +/-ARN16S, WGS). PBVD à répéter si la 1^{ère} est négative (hors signes de gravité = ATB rapide)

Si suspicion de tuberculose rachidienne, réaliser plutôt des prélèvements respiratoires ou ganglionnaires avant la PBVD.

Imagerie :

- En 1^{ère} intention (hors post opératoire précoce) : IRM sans, et avec injection de gadolinium. A défaut, TEP scanner corps entier. TDM injecté si les 2 précédents ne sont pas accessibles. Des radios standard dynamiques du rachis peuvent montrer une instabilité sous-jacente. La scintigraphie n'est pas recommandée.
- En post opératoire précoce (1 mois), le diagnostic est clinique. Une IRM ou un scanner peuvent montrer une collection si doute. Le TEP scanner n'a pas d'intérêt à ce stade. En post opératoire tardif (>1 mois) on fera scanner ou IRM avec injection. Au-delà de 3 mois, en cas de doute, le TEP scanner peut être utile.
- Recherche d'endocardite si IDV à staphylocoque, streptocoque ou entérocoque.

Antibiothérapie (à adapter selon sensibilité)

Si bactériémie, 7j minimum en IV puis relais PO. Traitement PO possible d'emblée si bonne biodisponibilité sans bactériémie.

IDV documentées à staphylocoques

Céfazoline ou cloxacilline si méti-S, daptomycine ou vancomycine si méti-R ou allergie BL. Si bactériémie rechercher une EI. En monothérapie (hors sepsis, choc, endocardite) puis relais PO.

Traitement PO sur os natif: clindamycine, ou [lévofloxacine + rifampicine] ou cotrimoxazole voire oxazolidinone..

Pour les IDV sur matériel : rifampicine + lévofloxacine (à privilégier si les 2 sont actives) ou oxazolidinone +/- rifam

IDV documentées à entérocoques

Amoxicilline + [genta ou ceftriaxone]. Vanco ou [Dapto+genta] si allergie ou *E. faecium*. Relais: Amox ou linézolide.

IDV documentées à streptocoques

Amoxicilline (dapto ou glycopeptide si allergie). Relais : amoxicilline, clindamycine ou lévofloxacine.

IDV documentées à entérobactéries

Ceftriaxone ou céfotaxime IV ou lévofloxacine. Relais lévofloxacine PO ou ceftriaxone si R aux molécules PO, ou impossibilité PO (sauf entérobactéries du groupe 3 à risque d'AmpC). Si Allergie BL et FQ-R : aztreonam

IDV documentées à *Pseudomonas aeruginosa*

Selon S : pip/taz, céfépime, ceftazidime + [ciprofloxacine ou amikacine]. Relais cipro. Avis infectiologue souhaité.

IDV documentées à *Cutibacterium acnes*

Amoxicilline ou clindamycine. Relais PO idem

Traitement probabiliste des ISO du rachis

Traitement, après prélèvement, couvrant Gram plus et BGN. Les options proposées sont [linézolide ou glycopeptide ou daptomycine], et [pipéracilline-tazobactam ou céfépime] Si Allergie BL : aztreonam ou lévofloxacine.

Durée de traitement = 6 semaines

6 semaines à partir de J0 pour une IDV sur rachis native

6 semaines à partir de la prise en charge chirurgicale pour les IDV post chirurgicales (avec ou sans matériel)

Traitement non antibiotique : avis chirurgical urgent si radiculalgie ou déficit neurologique, pas d'immobilisation si pas d'instabilité rachidienne (évaluation spécialisée), corset sur avis spécialisé, antalgiques, prévention des complications.

Si ISO précoce (<1mois) : irrigation et débridement

Si ISO tardive (> 1 mois) : il est nécessaire de remplacer ou retirer le matériel d'ostéosynthèse. Avis CRIOAC si doute.

Suivi du traitement : efficacité sur CRP, tolérance du traitement, radio F+P si IDV érosive

Durée de suivi minimum de 1 an si IDV sans matériel, 2 ans si IDV avec matériel.

Un service du journal [Infectious Diseases Now](#) & de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Rédigé par le Dr S. Alfandari.

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques : Recommandations: infectiologie.com - ANSM - HAS - Ministère de la Santé
CRATB (Centre Régionaux en Antibiothérapie) : [Auvergne Rhône Alpes](#) - [Grand Est](#) - [Hauts de France](#) - [Ile de France](#) - [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#)

