

## OSTEOMYELITIS, SPONDYLODISCITE: REMARQUES PREALABLES

### • *Remarques générales*

- Une approche médicochirurgicale intégrée est essentielle.
  - Antibiothérapie appropriée. En toute circonstance, préférence est donnée à des antibiotiques avec:
    - bonne biodisponibilité si pris par voie orale.
    - bonne pénétration dans l'os tels que la clindamycine, les fluoroquinolones, les (néo)macrolides, la rifampicine, le linézolide, le TMP-SMX (préférables par rapport à d'autres antibiotiques tels que les bêta-lactames, les aminosides et les glycopeptides).
  - Chirurgie.
    - Débridement extensif, drainage adéquat de tout tissu infecté.
    - Enlèvement de tout matériel (matériel de fixation, prothèses, ...) si indiqué.
    - Fermeture complète des plaies, stabilisation des fractures infectées, ...
- Identification et détermination des sensibilités des pathogènes impliqués sont critiques.
  - Sang, tissu osseux (prélèvement chirurgical ou aspiration par aiguille sous guidance radiologique). Plusieurs échantillons requis pour coloration Gram, culture et examen histopathologique.
  - Cultures d'échantillons superficiels (frottis de fistules, liquide de plaies drainantes, ...) sont souvent trompeuses.
  - PCR peut-être utile chez les patients sous antibiothérapie.
  - Patients stables sous antibiothérapie: avant tout prélèvement de nouveaux échantillons, une fenêtre de 10 à 14 jours sans antibiothérapie doit être respectée.

### • *Antibiothérapie séquentielle*

Traitement séquentiel par voie orale (possible à condition que les antibiotiques sélectionnés soient actifs contre les pathogènes isolés et aient une bonne biodisponibilité si administrés par voie orale).

- Amoxicilline: 1 g q6h.
- Céfadroxil: pas indiqué.
- Céfalexine: pas indiquée.
- Ciprofloxacine: 750 mg q12h.
- Clindamycine: 600 mg q6h.
- Doxycycline: 200 mg q24h ou 100 mg q12h.
- Flucloxacilline: pas indiquée.
- Lévofloxacine: 500 mg q12h.
- Linézolide: 600 mg q12h.
- Minocycline: 200 mg q24h ou 100 mg q12h.
- Moxifloxacine: 400 mg q24h.
- Rifampicine (peut, si la situation du patient le permet, toujours être administrée par voie orale): 300 mg q8h ou 450 mg po q12h ou 600 mg q24h.
- TMP-SMX: (5 à 7 mg TMP + 25 à 35 mg SMX)/kg q8h.

### • *Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté)*

- Minimum 28 jours (jusque 42 jours) chez les patients avec des pathologies systémiques ou en cas de réponse tardive au traitement.
- Si l'évolution clinique et biologique est favorable, un switch vers un traitement séquentiel oral peut être envisagé après 7 à 10 jours de traitement par voie intraveineuse (follow-up attentif nécessaire).
- En cas de spondylodiscite, un traitement de 42 jours est recommandé.
- Durée de 12 semaines en cas de récurrence, en présence d'un abcès non drainable, chez le patient immunodéprimé, chez les patients avec un implant au niveau de la colonne vertébrale.

### • *Commentaires supplémentaires*

- Aminosides: pénétration limitée dans les tissus articulaires et osseux. A éviter en cas d'infections ostéo-articulaires.
- Teicoplanine pour le traitement de longue durée [traitement éventuel à domicile ("out of hospital parenteral antimicrobial therapy" ou OPAT), administration par un "centrally inserted peripheral catheter (PICC) ou un port-a-cath]. Doses de charge de 1,6 g im en 1 dose au jour 1 et de 800 mg im au jour 2, suivies:
  - à partir de jour 3, par  $\pm$  400 mg im q24h titrée pour atteindre des concentrations sériques de vallée de  $> 30 \mu\text{g/ml}$ .
  - par 1,2 g iv 3 x par semaine.
- Flucloxacilline po, céfadroxil et céfalexine: en raison des différences entre la vascularisation chez l'enfant et celle chez l'adulte, ces antibiotiques peuvent être considérés utiles chez l'enfant, mais pas chez l'adolescent et l'adulte.
- Rifampicine.

- A ne pas utiliser pour le traitement empirique ou en monothérapie en raison du risque de développement de résistance pendant l'antibiothérapie.
- A ajouter aux régimes en cas d'infection sur corps étranger.
- Clindamycine: risque élevé d'échec thérapeutique en raison de la résistance (inductible) chez certains pathogènes (entre autres *Kingella kingae*, staphylo- et streptocoques). En conséquence, la clindamycine:
  - n'est plus une option pour le traitement empirique d'arthrite septique.
  - doit être évitée en cas d'infection à souches résistantes à l'érythromycine mais sensibles à la clindamycine, sauf si un test d'induction de résistance à la clindamycine est négatif.