

SPONDYLODISCITES INFECTIEUSES DE LA PERSONNE AGEE

Un diagnostic parfois difficile, mais toujours urgent

**JP ORY, O MESSICA,
C FAURE, S BARBAT, C MERLE**
Service de Médecine A
CHI de la Haute-Saône
70 – VESOUL

- Incidence globale de la spondylodiscite infectieuse en France : 2.4/100 000, soit environ 1 500 cas par an.
- Toute douleur vertébrale de rythme inflammatoire ou raideur rachidienne récente doit faire suspecter une spondylodiscite,
- Même en l'absence de fièvre,
- D'autant plus que le sujet est fragile
- Et prescrire une IRM à visée diagnostic dans les 72 heures.
- Si les hémocultures sont négatives, une ponction-biopsie discovertébrale est nécessaire.

- MAIS : l'incidence devient supérieure à 6/100 000 après 70 ans
- Chez le patient âgé, les diagnostics différentiels sont parfois difficiles, d'autant plus que les diagnostics associés ne sont pas exceptionnels : arthrite septique interapophysaire postérieure, épidurites, sacro-iléites...
- La difficulté est liée au contexte pluri-pathologique propre à la gériatrie :
 - le diagnostic positif est urgent
 - le diagnostic bactériologique est fondamental

PATIENTS ET METHODES

- L'étude est rétrospective, effectuée pendant 3 ans, dans un service de médecine, en hôpital non universitaire, en zone rurale.
- Les patients : 11 sont retenus, âgés de 67 à 85 ans (M : 76 ans).
 - 6 femmes (67-85 ans M : 77.3)
 - 5 hommes (73 – 81 ans M : 76.6)
- Particularité du service et son activité
- Pourquoi 3 ans d'étude ?

Commentaires et analyse

Circonstances favorisantes :

- 5 patients sont diabétiques. 4 ont une HbA1C >8%
- 4 spondylodiscites sont survenues moins d'un mois après une chirurgie ostéo-articulaire, dont :

laminectomie pour canal lombaire étroit
laminectomie pour canal cervical étroit
une prothèse partielle du genou
une prothèse totale de hanche

- pas de cancer identifié, pas d'hémopathie, pas d'infection VIH
- alcool/tabac actif dans 2 cas

Circonstances du diagnostic

- Chez 3 patients : problème du diagnostic d'une fièvre isolée persistante
- Chez 1 patient : problème du diagnostic étiologique d'un sepsis avec choc, secondairement rattaché à une pyélonéphrite
- Chez 1 patient : diagnostic d'une pleurésie purulente
- Extrême difficulté à évoquer le diagnostic chez un patient présentant une démence Parkinsonienne

Diagnostic positif et localisations :

Les localisations sont sans caractères particuliers,

- Lombaires dans 7 cas
- Dorsales dans 3 cas
- Dorso-lombaires dans 1 cas

Suivant l'arbre décisionnel d'imagerie proposé par Leslie Grammatico et Jean-Marc Bernier (la Revue du Praticien, 2007, vol 57, 972) : l'IRM est l'examen le plus sensible : à utiliser en première intention.

Rappel des signes évocateurs :

Corps vertébral :

- Effacement des plateaux
- Hyposignal T1
- Hypersignal T2
- Prise de contraste après Gadolinium

Disque hyposignal T1

- Hypersignal T2 liquidien
- Prise de contraste hétérogène épidurite, épaissement des parties molles paravertébrales

Lorsque l'IRM n'est pas réalisable (2 cas)

- Apport de la scintigraphie osseuse
- Complétée par TDM focalisé

Les germes identifiés :

Staphylocoque doré dans 6 cas
Staphylocoque methi résistant dans 3 cas
E. Coli multirésistant dans 1 cas
Mycobactérium avium dans 1 cas

L'antibiothérapie est à visée ostéo-articulaire et dirigée suivant l'antibiogramme et les recommandations : c'est *une infection ostéo-articulaire*.

Le staphylocoque doré méthi S 4 mois, voie IV initiale, puis per os,
SAMR 4 – 6 mois

Le mycobactérium 12 mois

Clarithromycine
Rifabutine
Ethambutol

Evolution :

Un décès par choc septique

Paraplégie (post-épidurite) 1 cas

Monoparésie dans 2 cas avec récupération à 18 mois

Enraidissement vertébral environ 1 an

Pas d'endocardite associée

Pas d'infection tuberculeuse

Pas d'infection fongique

EN CONCLUSION

- La vraie difficulté est d'évoquer le diagnostic et se donner rapidement les moyens de le confirmer, d'autant que les tableaux peuvent être déroutants
- La place de l'IRM est en première intention.
- Le diagnostic bactériologique est indispensable et la ponction biopsie disco-vertébrale est l'examen de référence.
- C'est une infection ostéo-articulaire, donc une infection grave.