



SPONDYLODISCITES

CAS CLINIQUES

DR DORRA LAHIANI

Service des maladies infectieuses

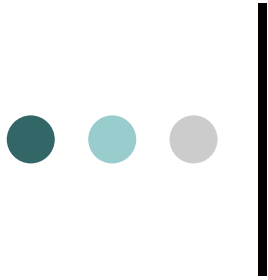
CHU Hédi Chaker de Sfax

Journée de formation sur infections ostéo-articulaires

Sousse, 30 Octobre 2009



CAS CLINIQUE (1)



N, 67 ans, originaire de Sidi Bouzid, admise pour douleurs rachidiennes basses résistantes aux AINS.

o ATCD:

Opérée d'une collection lombaire Gh (15 ans)

Evolution: fistule post op et reprise de la collection

→ incisions répétées.



o HDM:

3 mois:

- ✓ Rachialgies d'allure mixte
- ✓ Paresthésies des membres inf
- ✓ A-A-A



○ Examen à l'admission:

- T°: 38°C; TA: 11/7
- Cachectique
- Scoliose lombaire
- Tuméfaction de la racine de la cuisse droite (6x5 cm), ferme douloureuse
- Tuméfaction du muscle para vertébral Gh avec une fistule en regard (pus)
- DI exquise à la pression des épineuses L4, L5 et S1
- RCP indifférent à droite



o A la biologie:

- NFS: GB: 7800/mm³

Hb:8g/dl

Plaq: 545.000/mm³

- Transaminases: nles

- VS: 80 mm à la 1^{ère} heure

- CRP: 54,5mg/l



- Vous suspectez la spondylodiscite infectieuse.

Quels examens radiologiques à demander?

- 1- Rx standard du rachis
- 2- TDM du rachis
- 3- IRM du rachis
- 4- Scintigraphie osseuse
- 5- Echographie des parties molles



- Vous suspectez la spondylodiscite infectieuse.

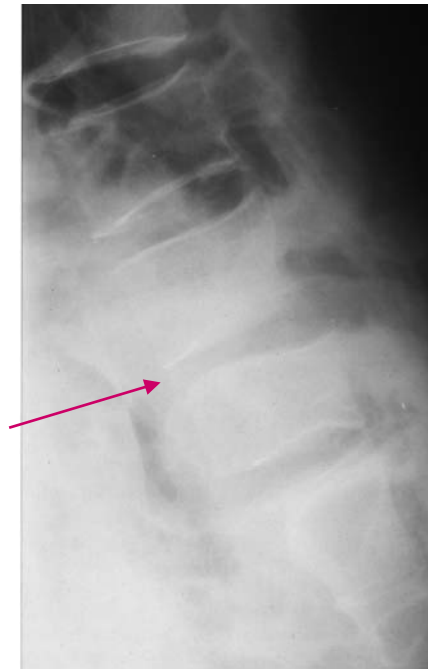
Quels examens radiologiques à demander?

- 1- Rx standard du rachis
- 2- TDM du rachis
- 3- IRM du rachis
- 4- Scintigraphie osseuse
- 5- Echographie des parties molles



NOTRE CAS:

- **RX du rachis:**



- **Echo des parties molles:** collection hyperéchogène du psoas droit (32x18cm)

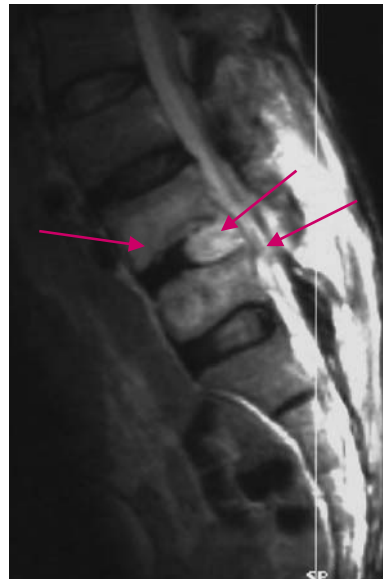


NOTRE CAS:

- IRM du rachis:



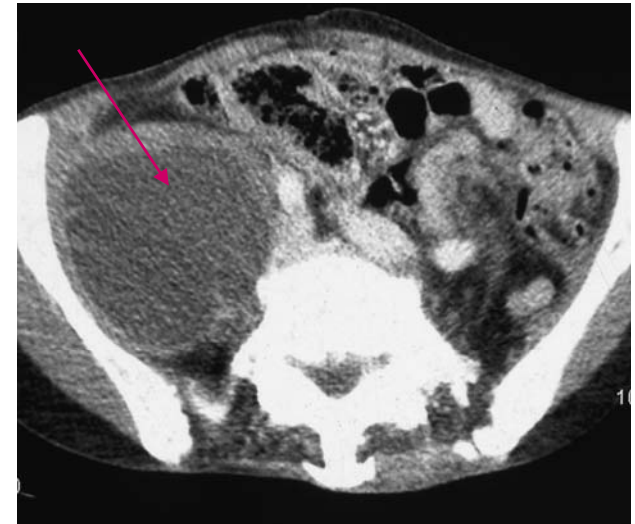
Hyposignal T1



Hypersignal T2,
épidurite et
collection intra
discale



Prise de contraste
après gado, épidurite
et collection intra
discale



Enorme collection du
muscle psoas iliaque
droit (10x7,5x7 cm)



o Quels sont les examens complémentaires à demander pour l'enquête étiologique de cette spondylodiscite infectieuse?

1- Hémocultures

2- Enquête BK (IDR, RBK crachats et pus, Rx Thorax)

3- Sérologie de Wright

4- Ponction du liquide d'abcès

5- Biopsie de la fistule

6- Biopsie disco-vertébrale



o Quels sont les examens complémentaires à demander pour l'enquête étiologique de cette spondylodiscite infectieuse?

1- Hémocultures

2- Enquête BK (IDR, RBK crachats et pus, Rx Thorax)

3- Sérologie de Wright

4- Ponction du liquide d'abcès

5- Biopsie de la fistule

6- Biopsie disco-vertébrale



NOTRE CAS:

- Hémocultures: (-)
- **IDR: 25 mm de Ø**
- Rx Thorax: nle
- RBK (crachats, urines, pus de la fistule): (-)
- Sérologie de Wright: (-)
- Drainage sous scanner (pus de l'abcès):
Bactério: (-); RBK (-)
- Biopsie des berges de la fistule:
Granulome tuberculoïde + nécrose caséuse



NOTRE CAS:

 Spondylodiscite tuberculeuse
avec abcès para vertébral et épidurite



o Quels sont les éléments anamnestiques, cliniques et para cliniques en faveur de l'origine tuberculeuse de cette SPD?

- Origine géographique
- A-A-A
- Abscès para vertébral chronique
- Fistule chronique
- Evolution lente
- Déformation rachidienne
- IDR (+)
- Biopsie de la fistule



NOTRE CAS:

INH-RMP-PZN-EMB



2 mois

Puis

INH-RMP



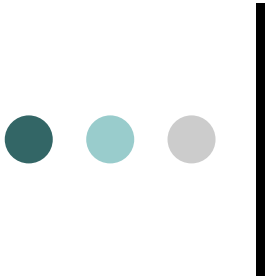
o Quels seraient les molécules à administrer si notre patiente était une femme enceinte?

1- INH-RMP-PZN-EMB

2- INH-RMP-EMB

3- INH-RMP-EMB+Streptomycine

4- INH-RMP-EMB+Fluoroquinolone



○ Quels seraient les molécules à administrer si notre patiente était une femme enceinte?

1- INH-RMP-PZN-EMB

2- INH-RMP-EMB

3- INH-RMP-EMB+Streptomycine

4- INH-RMP-EMB+Fluoroquinolone



○ Quels seraient les molécules à administrer si notre patiente était une petite fille de 5 ans?

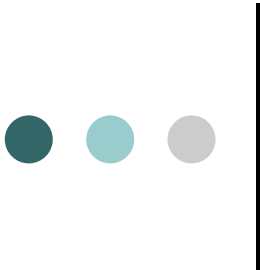
1- INH-RMP-PZN-EMB

2- INH-RMP-EMB

3- INH-RMP-PZN

3- INH-RMP-PZN+Streptomycine

4- INH-RMP-EMB+Fluoroquinolone



○ Quels seraient les molécules à administrer si notre patiente était une petite fille de 5 ans?

1- INH-RMP-PZN-EMB

2- INH-RMP-EMB

3- INH-RMP-PZN

4- INH-RMP-PZN+Streptomycine

5- INH-RMP-PZN+Fluoroquinolone



o Quelle sera la durée de traitement anti tuberculeux ?

1- 3 mois

2- 6 mois

3- 9 mois

4- 12 mois

5- Minimum 12 mois

- ● ● | ○ Quelle sera la durée de traitement anti tuberculeux ?

1- 3 mois

2- 6 mois

3- 9 mois

4- 12 mois

5- Minimum 12 mois

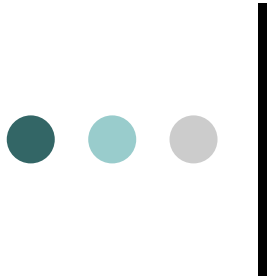


NOTRE CAS:

- ❖ Le TTT anti TBC poursuivi pendant une durée totale de 18 mois.
- ❖ Evolution favorable:
 - * Clinique:
 - reprise du poids
 - atténuation des douleurs rachidiennes
 - * Radiologique
- ❖ Déformation rachidienne définitive



CAS CLINIQUE (2)



S, 30 ans, originaire de Sidi Bouzid,
admise pour douleur rachidienne et fièvre.

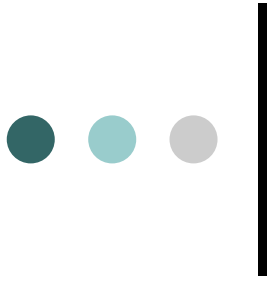
o ATCD:

- Leishmaniose cutanée à l'âge de 8 ans

o Habitudes:

- Notion de contact avec les animaux

- Notion de consommation de lait crû



- HDM:

6 mois:

- douleurs rachidiennes lombaires initialement mécaniques (port de charges lourdes) puis devenues mixtes.

- Fièvre non chiffrée, asthénie et sueurs nocturnes profuses.



o Examen à l'admission:

- T°: 38,5°C; TA: 12/7
- Douleur exquise à la pression des épineuses L5 et S1
- Examen neurologique: normal

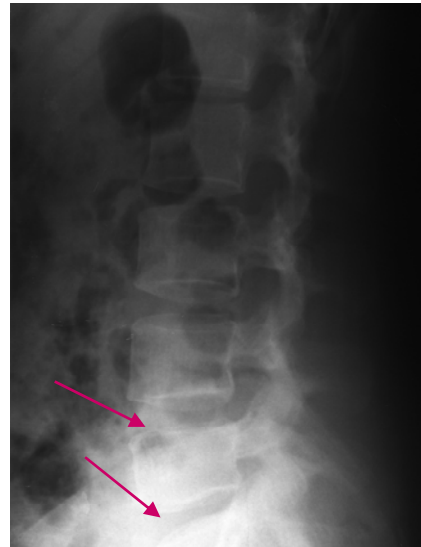


o A la biologie:

- NFS: GB: 8500/mm³
Hb: 10,9 g/dl
Plaq: 483.000/mm³
- VS: 75 mm à la 1^{ère} heure
- CRP: 90,6 mg/l
- Transaminases: 223/240 UI/l
- Phosphatase alcaline: 349 UI/l
- Gamma GT: 101UI/l

- ● ● | ○ A la radiologie:

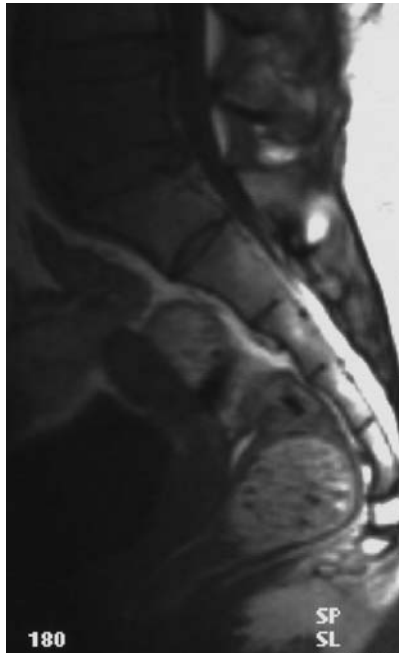
- RX du rachis:



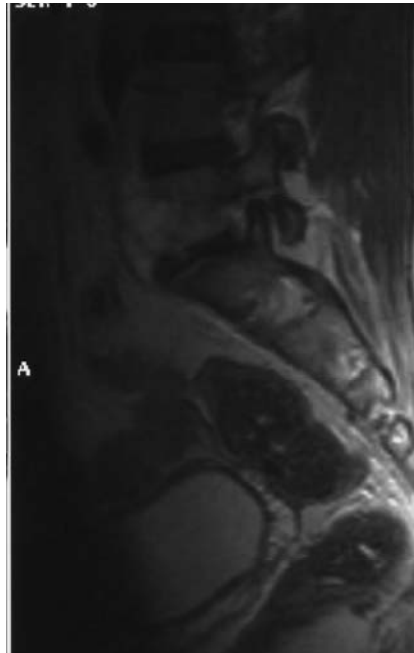


○ A la radiologie:

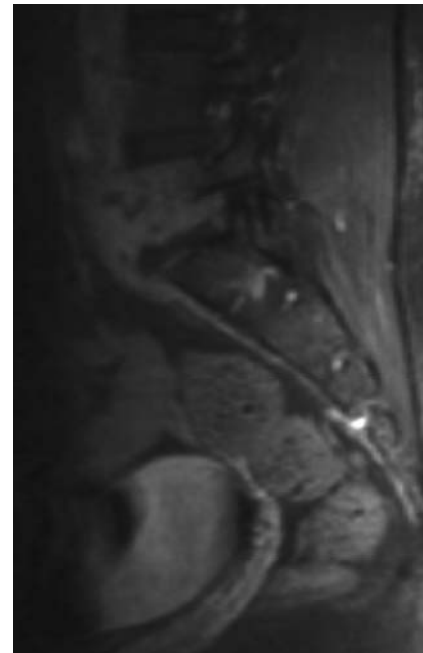
- **IRM du rachis:**



Hyposignal T1



Hypersignal T2



Prise de contraste hétérogène après gado



Multiples logettes antéro et latéro vertébrales fusant jusqu'à l'aileron sacré



o Quels sont les examens complémentaires à demander pour l'enquête étiologique de cette spondylodiscite infectieuse?

1- Hémocultures

2- Enquête BK (IDR, RBK crachats, Rx Thorax)

3- Sérologie de Wright

4- Biopsie disco-vertébrale



NOTRE CAS:

- Hémocultures: (-)
- Enquête BK: (-)
- Test de Rose Bengale: (+)
- Sérologie de Wright: (+) à 1/2560

- ● ● | ○ Quels sont les éléments anamnestiques, cliniques et para cliniques en faveur de l'origine brucellienne de cette SPD?

- Origine géographique
- Habitude: consommation de lait crû
- Fièvre suduroalgique
- Absence d'hyperleucocytose
- Perturbation du bilan hépatique
- Test de Rose Bengale et Sérologie de Wright: (+)



NOTRE CAS:

 **Spondylodiscite brucellienne**
avec abcès para vertébral



o Quels sont les schémas thérapeutiques possibles?

- 1- Rifampicine+cycline
- 2- cycline+streptomycine
- 3- cycline+gentamycine
- 4- Rifampicine+cycline+streptomycine
- 5- Rifampicine+cycline+gentamycine



o Quels sont les schémas thérapeutiques possibles?

- 1- Rifampicine+cycline
- 2- cycline+streptomycine
- 3- cycline+gentamycine
- 4- Rifampicine+cycline+streptomycine
- 5- Rifampicine+cycline+gentamycine



o Quels seraient les molécules à administrer si notre patiente était une femme enceinte?

1- Rifampicine+cycline

2- cycline+streptomycine

3- cycline+gentamycine

4- Rifampicine+cotrimoxazole

5- Rifampicine+cycline+gentamycine



o Quels seraient les molécules à administrer si notre patiente était une femme enceinte?

1- rifampicine+cycline

2- cycline+streptomycine

3- cycline+gentamycine

4- rifampicine+cotrimoxazole

5- rifampicine+cycline+gentamycine



o Quels seraient les molécules à administrer si notre patiente était une petite fille de 5 ans?

1- rifampicine+cycline

2- cycline+streptomycine

3- cycline+gentamycine

4- rifampicine+cotrimoxazole

5-cotrimoxazole+gentamycine



o Quels seraient les molécules à administrer si notre patiente était une petite fille de 5 ans?

1- rifampicine+cycline

2- cycline+streptomycine

3- cycline+gentamycine

4- rifampicine+cotrimoxazole

5- cotrimoxazole+gentamycine



o Quelle sera la durée du traitement anti brucellien?

1- 3 à 6 mois

2- 9 mois

3- 12 mois

4- Minimum 12 mois



o Quelle sera la durée de traitement anti brucellien ?

1- 3 à 6 mois

2- 9 mois

3- 12 mois

4- Minimum 12 mois

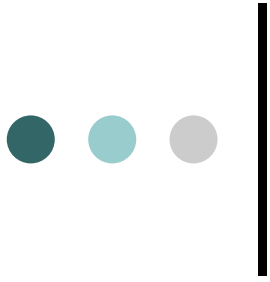


NOTRE CAS:

- ❖ Rifampycine+doxycycline pendant 6 mois
- ❖ Evolution favorable:
 - Clinique: régression des douleurs rachidiennes (J30)
 - Biologique:
 - * normalisation du bilan inflammatoire (J60)
 - * normalisation du bilan hépatique (J21)
 - * diminution progressive des AC (1/80 à 16 mois)
 - Radiologique:
 - * scintigraphie normale (6 mois)
 - * IRM de contrôle: images séquellaires



CAS CLINIQUE (3)



Mlle E, 21 ans, originaire de Sfax, a consulté pour des douleurs lombaires intermittentes d'allure inflammatoire.

- ATCD: RAS

- HDM:

2 mois: douleur rachidienne avec un épisode de fièvre non chiffrée (angine).



Examen à l'admission:

- T°: 37°C
- Auscultation cardio-pulmonaire: normale
- Examen rachidien difficile (douleurs importantes avec impotence fonctionnelle)
- Pas de porte d'entrée cutanée
- Abdomen souple dépressible

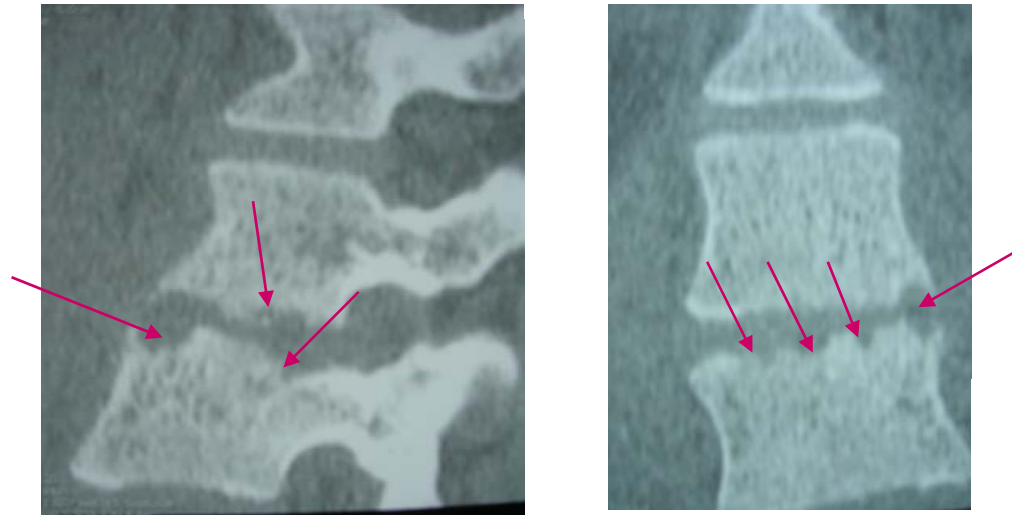


o A la biologie:

- NFS: GB: 2300/mm³ (PNN: 400/ mm³)
Hb: 12 g/dl
Plaq: 548.000 /mm³
- VS: 55 mm à la 1^{ère} heure
- CRP: 16 mg/l

- ● ● | ○ A la radiologie:

- **RX standard (Rachis): normale**
- **TDM du rachis:**



pincement du disque L2-L3 avec érosion des plateaux vertébraux sus et sous-jacents



o A la radiologie:

- IRM dorsolombaire:



pincement avec prise de contraste du disque L2-L3 et œdème inflammatoire des corps vertébraux sus et sous-jacents.

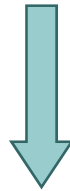


Enquête infectieuse:

- Hémocultures: (-)
- ECBU: (-)
- Coproculture: (-)
- Enquête BK: (-)
- Sérologie Wright: (-)

● ● ● | Au total:

Spondylodiscite subaigue chez une jeune fille sans ATCD pathologiques particuliers particuliers.



Spondylodiscite à *Staphylococcus aureus*



Oxacilline (12g/j en 6 prises en IV)
+gentamicine (160 mg/j en IM)



o Biopsie disco vertébrale:

Examen anapath:

- Spondylodiscite aiguë suppurée
- Absence d'inflammation spécifique ou de lésions néoplasiques.

Ex bactériologique du fragment disco-vertébral:

- Examen direct: nombreux leucocytes à prédominance PNN avec présence de **bacilles à Gram négatif**
- Culture: ***Salmonella Enteritidis*** souche sauvage



o Quelle est votre conduite thérapeutique?

1- fluoroquinolone seule

2- céfotaxime seule

3- céfotaxime+fluoroquinolone

4- céfotaxime+aminoside



o Quelle est votre conduite thérapeutique?

1- fluoroquinolone seule

2- céfotaxime seule

3- céfotaxime+fluoroquinolone

4- céfotaxime+aminoside



o Quelle sera la durée de TTT antibiotique?

1- 3 mois

2- 6 mois

2- 9 mois

3- 12 mois

4- Minimum 12 mois



o Quelle sera la durée de TTT antibiotique?

1- 3 mois

2- 6 mois

2- 9 mois

3- 12 mois

4- Minimum 12 mois



NOTRE CAS:

Céfotaxime (4g par jour en 4 prises)
+
ciprofloxacinine (1 g par jour en 2 prises) } 3 mois



o Devant cette spondylodiscite à *Salmonella*
Enteritidis, qu'est ce qu'on devrait chercher?

- ❖ Spondylodisite à salmonelle non typhoïdique:
 - Immunodéprimés+++ , immunocompétents (rare)
 - Drépanocytaires, déficit enzymatique des GR+++
- ❖ Notre cas: Bilan immunitaire (-), Hb:nle



Spondylodiscite à *Salmonella Enteritidis*

- Infection digestive le plus souvent symptomatique
- Diagnostic parfois trompeur si Ø signes digestifs



Intérêt de l'analyse bactériologique de la biopsie
vertébrale



NOTRE CAS:

❖ Evolution bonne:

- Clinique: atténuation de la douleur (J30)

- Biologique:

 - * négativation de la CRP (J15)

 - * normalisation du taux des plaquettes et des neutrophiles

 - * normalisation de la VS (J40)

- Radiologique