

Les spondylodiscites à pyogènes chez le diabétique

P 621
32^{ème} Congés SFE
Angers
7- 10 Octobre 2015

H. Ben Hmida¹, D. Lahiani¹, B. Guemri¹, E. Elleuch¹, M. Maâlej¹,
Kh. Ben Mahfoudh², B. Hammami¹, M. Ben Jemaâ¹.

1. Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, Tunisie.
2. Service de Radiologie de Sfax, CHU Hbib Bourguiba, Sfax 3029, Tunisie .

Introduction et objectifs

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques et évolutives des spondylodiscites à pyogènes chez les diabétiques.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 7 cas des spondylodiscites à pyogènes chez des diabétiques, colligés au service des maladies infectieuses entre 2005 et 2014. L'étiologie infectieuse a été évoquée devant l'aspect radiologique et retenue après une confirmation bactériologique et/ou histologique.

Résultats

- Il s'agissait de 5 hommes et 2 femmes.
- l'âge moyen était 66 ans.
- Quatre malades avaient un diabète non insulino-dépendant.
- Un contexte post opératoire était présent dans 2 cas.
- Le délai moyen de diagnostic était de 2 mois.
- La douleur rachidienne était le symptôme le plus fréquent (71%), suivie par le syndrome infectieux (28%).
- Un déficit neurologique était noté chez 2 patients.
- Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans tous les cas.
- Les germes isolés dans les hémocultures étaient: *Staphylococcus aureus* (1 cas), *Streptococcus agalactiae* (1 cas) et *Enterococcus faecalis* (1 cas).
- L'imagerie a montré une épидурite et/ou une compression médullaire (3 cas), et une atteinte des parties molles (4 cas).
- Une antibiothérapie a été prescrite dans tous les cas pendant une durée moyenne de 4 mois (1 mois - 9 mois) .
- Hormis un cas de décès précoce lié au terrain, l'évolution était favorable .

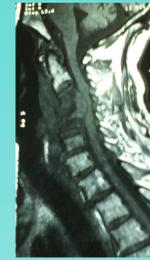


Fig 1: Compression médullaire(C3-C4)



Fig 2: Pincement vertébral(C3-C4)



Fig 3: Lyse des plateaux vertébraux (C5-C6)



Fig 4: Pincement discal + abcès paravertébral(C2-C3)

Tableau : Caractéristiques des malades diabétiques ayant une spondylodiscite à pyogènes

Patient n°	Age / sexe	Diabète		Manifestations cliniques			Porte d'entrée	SIB*	Hémoculture	Radiologie		Biopsie disco-vertébrale	Traitement		Evolution
		ID*	NID*	Rachialgie	Déficit M/S *	fièvre				épidurite et/ou compression médullaire	atteinte des parties molles		Antibiotiques	Chirurgie	
1	56/H	(+)		(+)	(-)	(-)	Pulmonaire	(+)	(+): <i>Streptococcus agalactiae</i>	(-)	(+)	(-)	Cotrimoxazole+rifampicine	(-)	Favorable
2	66/H		(+)	(+)	(-)	(+)	Digestive	(+)	(+): <i>Enterococcus faecalis</i>	(-)	(+)	(-)	Ampicilline+rifampicine	(-)	Favorable
3	49/H		(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	(+): <i>Staph Aureus meti R</i>	(+)	(-)	(+): <i>Staph Aureus meti R</i>	Teicoplanine+fosfomycine +rifampicine puis cotrimoxazole+rifampicine	(-)	Favorable
4	70/F		(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	Céfotaxime+fosfomycine puis ciprofloxacine+acide fusidique	(-)	Favorable
5	65/H		(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	Oxacilline+ciprofloxacine+ rifampicine	(-)	Favorable
6	72/H	(+)		(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)	(+)	(-)	Céfotaxime+fosfomycine puis ciprofloxacine+acide fusidique	(-)	Favorable
7	84/F	(+)		(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	Céfotaxime+fosfomycine	(-)	Décès (j15)

F: femme ; H: homme; *: ID: insulino-dépendant; NID: non insulino-dépendant; M: moteur; S: sensitif; SIB: syndrome inflammatoire biologique

Discussion

- Les spondylodiscites à pyogènes chez les diabétiques représentent 15 à 20 % des spondylodiscites infectieuses décrites dans la littérature.
- Elles n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'étude systématique.
- Leurs caractéristiques cliniques et pronostiques restent de ce fait imprécises, ce qui rend encore plus difficile l'évaluation du lien entre le diabète et les spondylodiscites à pyogènes.
- Un diabète déséquilibré favorise l'apparition d'infections et ces infections peuvent décompenser le diabète. Ceci peut être expliqué par l'état d'immunodépression général et local causé par le diabète et l'état d'hyperglycémie qui favorise la pullulation microbienne.
- Le terrain débilité de diabète et la porte d'entrée constituée essentiellement par des lésions cutanées contribueraient à la pénétration et la diffusion des germes par voie systémique, ce qui entraîne secondairement des lésions rachidiennes.
- L'antibiothérapie dépend de la bactérie confirmée ou présumée.
- La durée de traitement reste la même au cours des spondylodiscites (3-6 mois).

CONCLUSION

- Les spondylodiscites à pyogènes chez les diabétiques sont rares.
- Elles n'ont pas de particularité clinique hormis le terrain de diabète qui peut influencer le pronostic.
- Un diagnostic et une prise en charge précoces sont nécessaires afin de prévenir les complications parfois redoutables.