

CAS CLINIQUE 2

Monsieur R.A. âgé de 38 ans , jeune cadre dans une entreprise , sans aucun antécédent particulier vous consulte aux urgences pour lombalgies aiguës invalidantes surtout nocturnes , non calmées par les antalgiques usuels.

Il a été opéré 2 mois auparavant d'une hernie discale lombaire L4-L5.Cette intervention s'était compliquée d'un sepsis pariétal profond à Staphylococcus Auréus traité par débridement chirurgical large et antibiothérapie par voie générale pendant 20 jours .

L'examen physique retrouve une température à 38°5 C une rigidité segmentaire lombaire et une douleur à la palpation des épineuses lombaires.

Vous suspectez une spondylodiscite.

Quels examens paracliniques
demandez-vous et qu'en
attendez-vous ?

Bilan paraclinique:

-BIOLOGIE : hyperleucocytose à P.N. , V.S. élevée , C.R.P. augmentée hémocultures.

-RADIOGRAPHIE STANDARD : pincement discal, irrégularité des plateaux vertébraux, géodes sous-chondrales, déminéralisation focale, fuseau paravertébral .

-I.R.M. LOMBAIRE (sans et avec gado.): pincement discal , hyposignal en T1 du disque et des plateaux vertébraux, franchement rehaussé par le gadolinium , hypersignal en T2 .

-T.D.M. lombaire injectée : moins sensible que l'I.R.M.

-SCINTIGRAPHIE AU Tc99m : hyperfixation focale.

-SCINTIGRAPHIE AUX LEUCOCYTES MARQUES AU GALLIUM : intérêt dans les formes septiques +++

**Quel examen permet de
faire le diagnostic
étiologique ?**

La ponction-biopsie disco-vertébrale sous contrôle fluoroscopique

-Analyse bactériologique : examen direct, culture sur divers milieux , antibiogramme.

-Analyse anatomo-pathologique : remaniement inflammatoire .

Il s'agit d'une forme septique à staphylococcus Auréus.

Comment conduisez-vous le traitement ?

Traitement

ANTIBIOTHERAPIE ADAPTEE

- D'abord probaliste
- Par voie parentérale (3 semaines)
- Relai per-os (> 3mois)
- Immobilisation par corset (3 mois)

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- Antalgiques

REEDUCATION FONCTIONNELLE

Surveillance du traitement

- Tolérance du traitement**
- Evolution clinique**
- Surveillance biologique**
- Surveillance radiologique**

Guérison définitive affirmée au moins 12 mois après arrêt du traitement +++

Taux de récurrence = 5 %

Que retenir ?

- Discites post-opératoires :0,5% à 0,8%
- Forme aseptique dans 30% des cas
- Favorisées par le non respect des règles d'asepsie , un curetage discal agressif , une baisse de l'immunité , la présence de corps étrangers .

Deux formes étiologiques

La forme aseptique

La forme septique

Signes physiques

- Syndrome rachidien : très marqué avec raideur rachidienne globale et douleur à la palpation du rachis.**
- Syndrome infectieux : fièvre ,frissons, altération de l'état général, amaigrissement .**
- Recherche de signes de gravité :déficit neurologique, décompensation de tare ou septicémie .**
- Rechercher une porte d'entrée à distance+++**

Imagerie médicale

RADIOGRAPHIE STANDARD : signes tardifs et non spécifiques.

I.R.M. RACHIDIENNE : plus sensible que la radiographie standard et la T.D.M. , mauvais examen pour la surveillance car signes tardifs de guérison.

SCINTIGRAPHIE : sensibilité des formes septiques à l'injection de leucocytes marquées au gallium.

Clé du diagnostic

**LA PONCTIO-BIOPSIE DISCO-
VERTEBRALE SOUS CONTRÔLE
SCOPIQUE**

Traitement

FORMES SEPTIQUES:

- immobilisation par orthèse
- Antibiothérapie adaptée , de durée suffisante

FORMES ASEPTIQUES:

- Repos
- traitement symptomatique

Quelques règles :

- Information du patient sur les risques potentiels d'infection post-opératoires .**
- Respect des règles d'asepsie et bonne préparation du champ cutané .**
- Curettage doux du disque en s'abstenant de cureter les plateaux vertébraux .**