

Extrait du site IFR 48

<http://www.ifr48.com/spip.php?article31>

Les traitements des ostéites

- Français - Pôle hospitalier - Le protocole thérapeutique au format Palm et Pocket
PC -

IFR 48

MOYENS DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE INFECTIONS OSSEUSES

Infection hématogène : ostéomyélite

* Hémocultures x 3

* Si arthrite, ponction du liquide articulaire : cytologie, bactériologie, BK avec « kit infection osseuse »

Infection de contiguïté : sur matériel :

Au mieux

* Prélèvement chirurgical au bloc, après avoir arrêté les antibiotiques (durée de la fenêtre antibiotique avant prélèvement chirurgical :

o 1 mois si traitement par VIBRAMYCINE ou FLUOROQUINOLONE

o 10 jours pour tous autres antibiotiques).

* Pas d'antibioprophylaxie per-opératoire

* Pas de traitement antibiotique post opératoire avant documentation.

* Réaliser sur le prélèvement :

o Activité antibiotique

o Examen direct

o Culture aéro et anaérobie, BK et Sabouraud

o Antibiogramme sur tous les germes isolés

Sinon prélèvement par ponction sous scanner

Pr Champsaur, Hôpital de la Timone avec le « kit infections osseuses »

Au moins 3 prélèvements

prélèvements, 3 jours de suite, de compresses avec les modalités suivantes :

* Activité antibiotique

* Examen direct

* Culture aéro et anaérobie, BK et Sabouraud

* Antibiogramme sur tous les germes isolés

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Ostéomyélite communautaire à Staphylocoque aureus d'origine hématogène.

Traitement de référence : ORBENINE IV

* Alternative 1 : OFLOCET RIFADINE per os

* Alternative 2 : FUCIDINE RIFADINE per os

* Alternative 3 : VANCOCINE IV ou TARGOCID IM ou IV

Durée : 6 semaines (a)

STRATEGIE CHIRURGICALE

Hanche (b)

* Protocole : En cas de descellement de la prothèse

- o Antibiotique pendant 1 mois
- o Changement Prothèse avec ciment antibiotique(1)
- o Antibiotique pendant 5 mois

* Protocole 2 : En l'absence de descellement de la prothèse

- o Antibiotiques 6 mois

Genou (c)

Quatre protocoles à discuter avec le chirurgien et le patient.

* Protocole 1 : ATB 4 mois avec spacer

- o Ablation de prothèse avec mise en place d'un spacer (Cale de ciment avec antibiotique\$)
- o Antibiotique pendant 3 mois maximum quel que soit le résultat de la VS
- o Remise d'une nouvelle prothèse avec ciment antibiotique
- o Antibiotique pendant 1 mois

* ou Protocole 2 : ATB 9 mois et chirurgie en 1 temps

- o Antibiotique pendant 6 mois
- o Changement Prothèse avec ciment antibiotique
- o Antibiotique pendant 3 mois

* ou Protocole 3 : ATB 6 mois et chirurgie en 2 temps

- o Ablation prothèse + fixateur externe ou attelle ou traction
- o Antibiotique 3 mois
- o Remise d'une nouvelle prothèse
- o Antibiotique 3 mois

* ou Protocole 4 : ATB 10 mois et prothèse en place

- o Antibiotique 10 mois

Infections sur matériel divers (ex : plaques et clou centro-médullaire)

Durée : ATB au moins 1 mois avant et au moins 3 mois après ablation du matériel d'ostéosynthèse. Si l'ablation du matériel d'ostéosynthèse n'est pas possible ne pas dépasser 8 mois de traitement AU TOTAL.

Autres infections osseuses

- * Absence de matériel : 3 mois de traitement antibiotique
- * Séquestre et caverne osseuse : ablation et bourrage avec ciment ATB

Références

- a : (Sanford guide to antimicrobial therapy Ed. 2002)
- b : (DRANCOURT et AL A.A.C.)
- c : Protocole en cours d'évaluation
- 1 : Adapter le type d'antibiotique à mettre dans le ciment en fonction de la bactérie

CHOIX DES ANTIBIOTIQUES ET DES CIMENTS

* Staphylocoque aureus sensible

- o OFLOCET + RIFADINE

* Staphylococcus aureus RESISTANT à Ofloxacin et/ou Rifampicine

- o Si possible RIFADINE + FUCIDINE :
- o Sinon BACTRIM
- o Sinon bithérapie utilisant la DALACINE
- o Sinon TARGOCID ou VANCOMYCINE

* Staphylocoque coagulase négatif

- o Si sensible FUCIDINE + RIFADINE :
- + faire FUCIDINE + RIFADINE + VANCOMYCINE 1 mois
- + puis FUCIDINE + RIFADINE (traitement habituel)
- o Si FUCIDINE R RIFADINE R : BACTRIM
- o Sinon TARGOCID ou VANCOMYCINE

ciment ATB avec VANCOMYCINE

*** Pseudomonas aeruginosas**

- o Si possible
- + FORTUM IV + CIFLOX PO + NEBCINE IV : 3 semaines
- + Puis FORTUM IV + CIFLOX PO : 3 semaines
- + Puis CIFLOX
- + Si CIFLOX R, faire tester la RIFADINE
- o Sinon
- + TIENAM IV + CIFLOX PO + NEBCINE IV : 3 semaines
- + Puis TIENAM IV + CIFLOX PO : 6 semaines
- + Puis CIFLOX
- + Si CIFLOX R, faire tester la RIFADINE
- o Sinon
- + COLIMYCINE IM

ciment ATB avec COLISTINE

*** Infections à entérobactéries**

- o CIFLOX PO

ciment ATB avec NEBCINE

*** Infections à Klebsiella, Enterobacter ou Serratia :**

- o TIENAM IV + CIFLOX PO : 1 mois puis CIFLOX PO

ciment ATB avec NEBCINE

*** Infections à entérocooccus**

- o CLAMOXYL
- o Si rechutes fréquentes : CLAMOXYL per os 2 g/j à vie

ciment ATB avec VANCOMYCINE

MODALITES DE SUIVI

Une consultation doit être programmée :

- * à 6 semaines pour évaluation du traitement (échec / succès)
- * puis tous les mois :
- o clinique (pour les effets indésirables)
- o NFS + VS + PCR (pour les effets indésirables)
- * et évaluation à la fin du traitement

Suivi post-traitement (après l'arrêt)

- * à 3 mois
- * à 6 mois
- * puis deux fois par an pendant 5 ans.

ÉCHEC - SUCCÈS

SUCCÈS :

Conduite à tenir : finir le protocole, L'évaluation se fait à la consultation : N°1 à 6 semaines

1. Fermeture de la fistule à 6 semaines
2. Normalisation VS
3. Diminution de la douleur
4. Consolidation radiologique

Éléments devant être obtenus 1 et 3

Éléments dont l'évolution doit être bonne 2 et 4

ÉCHEC :

Conduite à tenir : STOP traitement et évaluation de l'échec.

- * Si 1 n'est pas obtenu à 6 semaines
- * Ou si 2 n'a pas évolué
- * Ou 3 et 4 non obtenus

DOCUMENTATION SUR L'ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE A 6 SEMAINES

SCANNER A LA RECHERCHE DE SEQUESTRE, DE PSEUDARTHROSE, DE COLLECTION OU D'OSTÉITE (PR CHAMPSAUR)

PRÉLÈVEMENTS

FISTULE

3 prélèvements de compresses avec

- * isolement
- * identification
- * antibiogramme
- * activité antibiotique

URINES POUR ACTIVITÉ ANTIBIOTIQUE ANALYSE DE L'ÉCHEC ||||| .

| PRÉLÈVEMENT BACTÉRIOLOGIQUE | ACTIVITÉ ANTIBIOTIQUE PRÉLÈVEMENT | ACTIVITÉ ANTIBIOTIQUE URINES | HYPOTHESES | CONDUITE A TENIR |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

Les traitements des ostéites

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Même germe | - | - | Mauvaise compliance | |
| Même germe | - | + | Problème de Diffusion | Vérifier posologie |
| Même germe Même sensibilité aux antibiotiques | + | + | Inoculum important | Nettoyage chirurgical ? |
| Autre germe ou même Germe avec sensibilité Différente | + | + | Nouvelle bactérie ou Sélection de mutants | Modification antibiotique |
| Absence de germe | + | + | Bactérie pousse lente ou inhibition par activité antibiotique | Fenêtre thérapeutique puis Nouveau prélèvement |

POSOLOGIE

| NOM | DCI | VOIE | POSOLOGIE |
|------------|-----------------|-------|---|
| BACTRIM | Cotrimoxazole | PO | 6 cp par jour |
| CIFLOX | Ciprofloxacine | PO IV | 1,5 g/j (750 x 2 ou 500 x 3) 200 mg x 3 |
| COLIMYCINE | Colistine | IM/IV | 50 000 UI/Kg/j en 2 ou 3 fois |
| CLAMOXYL | Amoxicilline | PO | 6 g/j maxi |
| DALACINE | Clindamycine | PO | 1,75 à 2 g/j |
| FLAGYL | Metronidazole | PO | 1 g/j |
| FORTUM | Ceftazidime | IM/IV | 3 g/j en 2 fois |
| FOSFOCINE | Fosfomycine | IV | 8 - 12 g/j |
| FUCIDINE | Acide fusidique | PO | 6 cp/j pendant 5 jours puis 4 cp/j |
| NEBCINE | Tobramycine | IV | 3 mg/kg/j en 2 fois |
| OFLOCET | Ofloxacine | PO | 600 mg/j (3 cp) |
| ORBENINE | Cloxacilline | IV | Adulte : 12 g/j en 4 fois, Enfant : 200 mg/kg/j |
| RIFADINE | Rifampicine | PO | 900 mg/j (3 gel) |
| ROCEPHINE | Ceftriaxone | IM/IV | 2 gr/j |
| TARGOCID | Teicoplanine | IM | 1X800 mg/j |
| TICARPEN | Ticarcilline | IV | 5 g x 3/j |
| TIENAM | Imipenem | IV | 2 g/j en 2 fois |
| VANCOCINE | Vancomycine | IV | 30 mg/kg/j (2 g en 2 fois) |

Composition des ciments antibiotiques :

PALACOS : 40 g pour :

* VANCOMICINE 2 g (poudre)

* ou NEBCINE 1 g (poudre)

* ou FORTUM 2 g (poudre)

* ou COLISTINE 2 g (poudre)

Mise à jour : 22-03-2006