

## Cas clinique N° 3 - Spondylodiscite Post-Opératoire

Le 14/12/2016 : Monsieur PP a été vu par le Docteur X qui indique : « *Je vois ce jour en consultation Monsieur PP, âgé de 54 ans (120 kg/178 cms) qui présente une hernie discale associée une discopathie L5-S1 nécessitant une intervention microchirurgie que nous avons programmée le 7 janvier 2014.*

*Les antécédents sont peu nombreux hormis un tabagisme sevré depuis 20 ans et actuellement une hypothyroïdie substituée.*

*J'ai bien expliqué Mr PP les tenants et aboutissants de cette intervention ainsi que les risques et avantages. Je ne manquerai pas de vous tenir informer des suites et vous ferez parvenir le compte rendu opératoire. »*

La douleur est évaluée à 5/10 avec une majoration en orthostatisme. Il existe un trajet radiculaire sans déficit neurologique.

Le 07/01/2017 : Monsieur PP est opéré. La durée d'intervention est de 1h10. L'antibioprophylaxie par ceftriaxone 1 g est administrée.

### **1 Quels sont les facteurs de risque connus d'infection du site opératoire du rachis, liés au patient (population générale), à la période pré-post et post opératoire.**

En post-opératoire, la douleur a disparu. La cicatrice est propre.

Le traitement de sortie comprend : Skenan 30 LP x2/jour, Solupred 20 x3/j et Inexium 40 x1/j pendant 10 jours.

Des pansements quotidiens de cicatrice sont prescrits

Un bilan sanguin est prescrit : NFS, VS, CRP, procalcitonine

### **2 Que pensez-vous de l'ordonnance de sortie ?**

Mr PP va présenter une récurrence douloureuse 10 jours après sa sortie.

Le 15/01/2016, Mr DD est réhospitalisé en raison de douleurs permanentes (EVA 7/10). La température auriculaire est à 37°2.

Le compte –rendu d'hospitalisation indique : « *mise en place de perfusion associant anti-inflammatoires, antalgiques avec injection de morphine régulière. Amélioration à J3 avec arrêt des traitements intra-veineux et relais per os »*

Les infirmières notent « *sortie ce jour, pst refait selon protocole bétadine : présence encore ce jour d'un écoulement vers le bas de la cicatrice »*

Le traitement de sortie comprend :

- Spifen 400 1 à 3 prises/jour pendant 1 mois.
- Valium 10 ½ cp le matin et 1 cp le soir pendant 1 mois.
- Pyostacine 500 (si rupture Augmentin 500) 2cp x3/j pendant 10 jours
- Oflocet 200 1cp x2/ j pendant 10 jours

Le traitement par pyostacine est renouvelé par le médecin traitant

### **3 Que pensez-vous de la prise en charge ?**

Le 09/02/2016 Mr PP est revu par le chirurgien qui indique que « *Mr PP va mieux, la douleur persiste légèrement en 2<sup>ème</sup> partie de nuit. Cette douleur est positionnelle et associée à un*

*contexte émotionnel important. La cicatrice est quasiment fermée. Il persiste un pertuis peu productif mais bien contrôlé par méchage quotidien et les antibiotiques »*

Une ordonnance est prescrite pour 1 mois : Ixprim 37,5 mg 2cp x3/j, Profénid 100 1cp x2/j, Inéxium 40 1cp/j, Pyostacine 1gr x3/j

Le 18/02/2016 Mr DD est réhospitalisé en raison d'une altération de l'état général.

Le taux d'hémoglobine à 7,8g/l et le taux de CRP à 76 mg/l

La fibroscopie digestive haute est normale. Une transfusion de 2 culots globulaires est délivrée. L'IRM du rachis lombaire révélera une spondylodiscite L5-S1 post-opératoire

Une reprise chirurgicale est effectuée avec lavage et complément de laminectomie

Un prélèvement à visée microbiologique reviendra positif à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline et multisensible aux antibiotiques.

Une antibiothérapie associant : vancomycine 2g/j ; ceftriaxone 2g/j et ciprofloxacine 1,2 g/j (3 x 400 mg) est instituée en post opératoire.

Un cathéter fémoral est posé au bloc opératoire puis un port-à-cath.

Un TDM abdomino-pelvien réalisé en raison de douleurs abdominales montrera l'absence d'occlusion digestive et une surcharge fécale de l'ensemble du cadre colique.

La vancomycine et la ceftriaxone seront poursuivies jusqu'au 06/03/2016.

La rifampicine et la lévofloxacine sont introduites en intraveineux. La lévofloxacine sera arrêtée en raison de nausées-vomissement avec réintroduction de ciprofloxacine associée à du Zophren

Une ablation du PAC aura lieu en raison d'une obstruction et un nouveau PAC sous clavier droit sera posé au bloc opératoire.

Les notes du médecin indiquent : « *I.R.M. de contrôle comparative pour décider du passage de la voie orale pour l'antibiothérapie* »

03/04/2016 : Une nouvelle IRM du rachis lombaire sera effectuée (contrôle de spondylodiscite)

Le décubitus strict est maintenu jusqu'au 03/04/2016 puis une mise progressive en orthostatisme sera effectuée sous couvert d'un corset

Le traitement de sortie comprendra (Ordonnance pour 3 mois) :

- Rifampicine 300 mg : 2 cp x2/j pendant 2 mois
- Ciflox 500 mg x 2/ jour ou si douleurs des tendons : Bactrim forte 800 1 cp x2/j pendant 2 mois
- Spéciafoldine 5 1cp/j, vitamine B12 : 1 amp de suite, 1 amp dans 1 mois
- Immunostim 1sachet/1 gélule par jour
- Kétoprofène 100 1/2cp x3/j pendant 8j, Esomiprazole 40 mg 1cp/j
- Lovenox 4000 UI x1/j pendant 1 mois

Une surveillance biologique est prévue une fois par semaine pendant le 1<sup>er</sup> mois puis tous les 15j pendant le 2<sup>ème</sup> mois

Le corset sera maintenu pendant 9 mois. Une ostéodensitométrie retrouvera « *ostéopénie lombaire alors que les valeurs fémorales sont justes physiologiques. Un contrôle dans 3 à 5 ans est conseillé* »

#### **4 Analyse critique de de la prise en charge ?**