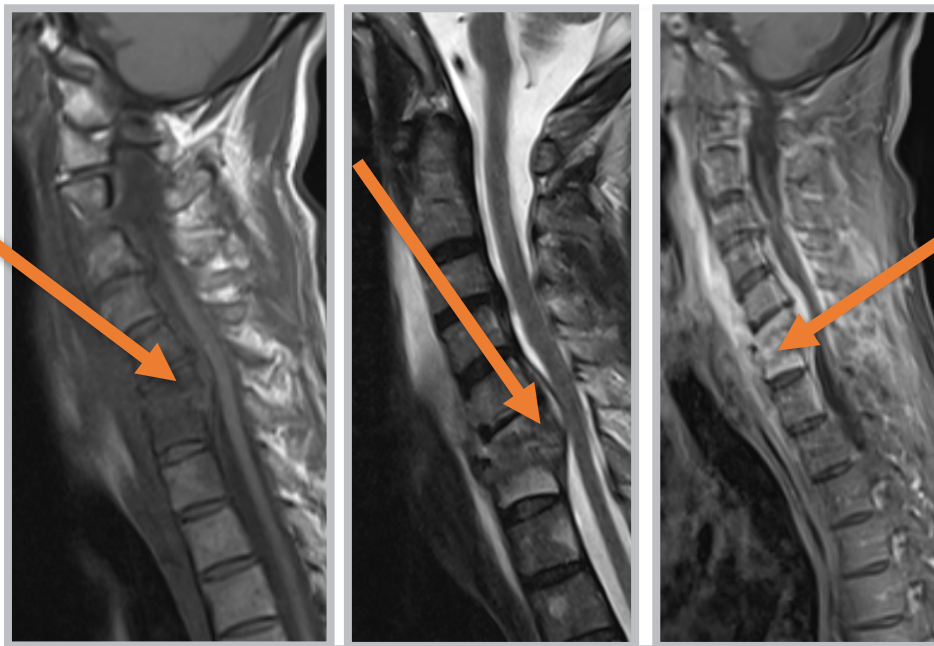


Mots clés :

Recherche d'endocardite associée
Corset
Porte d'entrée infectieuse



T1

T2

T1 + gadolinium

Signes cliniques

- Tableau subaigu sur plusieurs semaines avec rachialgies inflammatoires fébriles
- Rarement tableau aigu brutal de rachialgies fébriles

Recherche systématique

- D'endocardite associée
- De porte d'entrée selon le germe retrouvé (coloscopie si germe digestif, examen dentaire si germe ORL)
- De contexte orientant vers un agent infectieux particulier : *Mycobacterium tuberculosis*, *Brucella spp...*
- Recherche systématique et répétée des complications : syndrome lésionnel ou sous lésionnel, signes neurologiques radiculaires ou médullaires

Examens complémentaires

- IRM rachis entier :
 - ✓ bilan lésionnel osseux et des parties molles
 - ✓ visualisation précoce (15 jours environ après le début de l'infection)
- Biopsie disco vertébrale
- 3 paires d'Hémocultures avant toute antibiothérapie
- ETT (ETO systématique si pace maker)

Traitement

La documentation bactériologique est indispensable avant toute antibiothérapie

- Antibiotique IV forte posologie au début (cf fiche endocardite) selon le germe puis relais oral une fois la situation stabilisée (en l'absence d'endocardite)
 - ✓ Antibiotiques oraux à excellente diffusion osseuse : quinolone, clindamycine, rifampicine
- Indications chirurgicales
 - ✓ Signes neurologiques sous lésionnels/syndrome de la queue de cheval/ anomalie de signal médullaire
 - ✓ Abscès postérieurs
 - ✓ Drainage radiologique si abcès des parties molles
- Immobilisation
 - ✓ Corset si rachis instable, douloureux, non contrôlé sur le plan septique (avis rhumatologique/neurochirurgical)
 - ✓ Facteurs de risques, complications neurologiques : destruction arc postérieur, destruction grade 3 vertèbres sus et sous-jacente, abcès épidual/épidurite
 - ✓ Surveillance des complications mécaniques rachidiennes à distance si destruction osseuse initiale importante
- Traitement de la porte d'entrée