

Cas clinique N° 3 : Infection disco-vertébrale

Patient de 43 ans qui se présente aux urgences pour cervicalgies hyperalgiques évoluant depuis plus d'un mois.

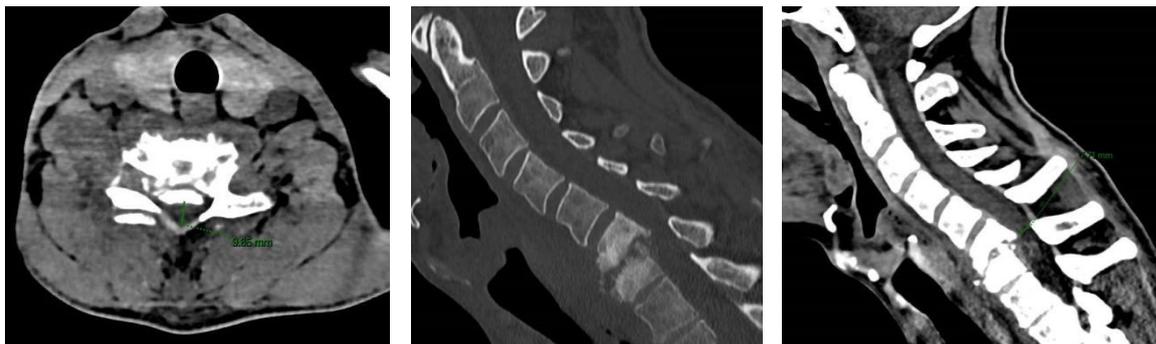
Ses antécédents sont : consommateur de multiples drogues IV et orale et une TVP sur un coma sur overdose ou surdosage médicamenteux il y a plus de 10 ans.

Il est apyrétique à l'arrivée, ses constantes sont normales.

L'examen clinique montre une cervicalgie hyperalgique EVA 10/10, une tuméfaction inflammatoire entre C7-T1, une névralgie cervico-brachiale sur le trajet de C6.

Quelle est votre prise en charge ?

Le patient a eu une radiographie de rachis cervical et un scanner rachidien dont je vous joins les images.



Il a un syndrome inflammatoire avec une CRP=60 mg/l, pas d'hyperleucocytose et pas d'insuffisance rénale ni hépatique.

Interprétez les images et donnez la suite de la prise en charge.

Il n'est pas retenu d'indication chirurgicale. Les hémocultures ne poussent pas. Il est hospitalisé en médecine interne.

Acupan IVSE + actiskenan 10 mg + seresta.

Le patient ne suit pas les consignes, retire son collier rigide, on essaye de lui remettre de force, il veut sortir fumer mais devant le risque neurologique et l'absence du port du corset et la nécessité du décubitus strict qu'il ne fait pas, ce n'est pas possible. Il devient très agressif, menace et refuse l'IRM.

Il est transféré en réanimation après avoir frappé un infirmier.

A votre avis quelles pourraient être les pistes d'amélioration de la prise en charge à ce stade?

Finalement le patient est transféré en maladies infectieuses, l'antalgie est mieux contrôlée, le patient reste calme. Une PBDV est prévue 3 jours après.

Le chirurgien est rappelé et décide de l'opérer en semi urgence programmée sur la garde devant l'irritation nerveuse et l'atteinte discale avec recul du mur de C6 au TDM.

Le PBDV est annulée.

Chir: Discectomie complète du disque C5-C6, C6-C7 et C7-T1 des vertèbres C6 et C7 sans consistance, myéliées et très fragiles → corporectomie C6-C7 + cage



- 3 prélèvements bactériologiques
- 1 prélèvement anapath
- 1 prélèvement myco
- 1 prélèvement bio mol

Quelle est votre antibiothérapie post opératoire?

Le patient est mis sous Tazo + liné + caspo (malgré le B-D-glucane négatif)

Au bout de 6 jours est identifié un *C. acnes*

Quels sont les arguments pour ce germe? Quelle immobilisation préconisez-vous?

Il est relayé par Amoxicilline pour une durée totale à compter du post opératoire de 6 semaines. Il diminue sa consommation de toxique en post opératoire (passe de 15 prises par semaine d'héroïne et 2 de cocaïne à 9 puis 5 d'héroïne seulement), malgré méthadone, lyrica, diazepam etc...

Qu'avez-vous prévu comme suivi ?