

# Prise en charge d'une spondylodiscite à *Candida spp.*

A Riché- F Roblot

# EPIDEMIOLOGIE

- L'incidence des spondylodiscites était de 7,4/100 000 habitants en 2010 dont 1 à 5 % à *Candida spp*
- La localisation vertébrale est lombaire dans 60% des cas, compliquée d'abcès péri-vertébral et d'épidurite dans 50% des cas.
- La porte d'entrée est digestive ou cutanéomuqueuse dans 80% des cas.
- Les facteurs de risques principaux sont une chirurgie récente, une antibiothérapie longue préalable, une toxicomanie intraveineuse, la présence d'un cathéter veineux central, une hémodialyse.

*T Gouliosis, JAC 2010*

# PHYSIOPATHOLOGIE

- La contamination osseuse est hémotogène dans 67% des cas expliquant l'atteinte concomitante du plateau inférieur de la vertèbre sus jacente et du plateau supérieur de la vertèbre inférieure irrigués par la même artère commune, la diffusion au disque se faisant secondairement
- Une immunodépression sous jacente (diabète, éthylisme, corticothérapie, traitement supprimeur, neutropénie, néoplasie) favorise la dissémination.
- Plus rarement, l'infection est liée à une inoculation directe ou une infection de contigüité

# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- L'imagerie par résonance magnétique est la référence
- En cas de contre-indication, le scanner est indiqué
- La tomographie par émission de positron (TEP) prend une place prépondérante et permet également de visualiser une localisation secondaire (hépatosplénique) lors de candidoses invasives

*Prodromou, Clinical Nuclear Medicine, 2014*

# DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE

- Les hémocultures permettent l'identification si la durée d'incubation est suffisante (3 à 4 semaines) et la réalisation d'un antifongogramme
- En cas d'hémocultures stériles, la ponction–biopsie disco-vertébrale (PBDV) doit être dirigée sur les 2 plateaux, et le disque. L'acheminement au laboratoire doit être réalisé dans l'heure
- Un des prélèvements doit être immédiatement congelé à  $-20\text{ °C}$  en vue d'une éventuelle amplification génique (PCR).

*Besnier, MMI, 2007*

# TECHNIQUE de PBDV

- L'arrêt de toute antibiothérapie 15j avant la biopsie est recommandée.
- La PBDV postéro-latérale est réalisée sous contrôle fluoroscopique ou tomodensitométrique avec un rinçage au sérum physiologique et aspiration
- En cas de négativité, elle peut être envisagée une 2<sup>e</sup> fois dans les mêmes conditions.
- Une biopsie chirurgicale peut aussi être réalisée permettant un diagnostic microbiologique dans 88 à 93% des cas.
- Les hémocultures doivent être répétées dans les 4 heures suivant le geste.

*Weissman, Scand J Infect Dis 2014*

# DIAGNOSTIC POSITIF

- L'analyse de 107 cas publiés de spondylodiscites prouvées montre: *C. albicans* dans 60 à 80% des cas, *C. tropicalis* dans 15 à 23 % des cas, *C. glabrata* dans 8 à 14 % des cas
- La recherche combinée de mannane /anti-mannane dans le serum est un marqueur précoce et précède la candidémie, mais est peu sensible.
- La PCR sérique est une technique prometteuse lorsqu'elle sera standardisée.

*Slenker , Diag Microbiol Infect Dis, 2012*

*Mikulska, Crit Care 2010*

*Avni, JCM, 2011*

# Bilan d'extension

- Une autre localisation vertébrale peut être identifiée lors de l'imagerie par résonance magnétique.
- La recherche systématique de candidose disséminée doit être réalisée, en particulier par fond d'œil et par échographie cardiaque.
- La TEP permet de détecter des candidoses hépatospléniques non visibles

*A Lefort, Rev Med Int, 2009*

*Hot, Clin Microbiol Infect 2011*



# TRAITEMENT ANTIFONGIQUE

- Aucune étude randomisée n'est disponible.
- Il n'existe aucune preuve en faveur de l'utilisation d'une association d'antifongiques. Celle-ci est discutée en cas d'endophtalmie, d'endocardite, ou d'infection ostéo-articulaire (Avis d'expert).
- Les recommandations européennes privilégient la forme lipidique de l'amphotéricine B à 3-5 mg/kg IV sur 1 h jusqu'à l'identification de l'espèce en cause et de l'antifongogramme.

*Pappas, CID, 2009*

*IDSA 2013*

# TRAITEMENT ANTIFONGIQUE

- Si la levure est sensible, le fluconazole est prescrit en relais IV ou per os à 12mg/kg/j à J1 puis 6 mg/kg/j.
- La flucytosine, qui a une excellente pénétration osseuse, est proposée uniquement en association à 100 mg/kg IV ou per os, en 4 prises. Elle nécessite une adaptation de la posologie au dosage sérique et à la clairance rénale.
- Très peu d'expériences sont rapportées avec la caspofungine qui dans cette indication est prescrite à 100 mg/j
- La place des échinocandines, dont on ne connaît pas la concentration osseuse, reste à définir, d'autant plus que des résistances sont décrites (*C. glabrata*:12 % en 2010)

Cornely, *Clin Microbiol Infect*, 2012

Alexander, *CID*, 2013

# SUIVI

- La durée du traitement est de 6 à 12 mois.
- Un recours à la neurochirurgie est indispensable en cas de compression médullaire ou radiculaire.
- Le taux de mortalité est de 6%.
- La guérison est obtenue dans 91 % des cas avec des rachialgies séquellaires dans la moitié des cas.
- Une contention systématique par corset bivalvé thermoformé stabilise le rachis lombaire et permet une reverticalisation rapide

*IDSA, 2013*

*Gras, ICAAC, 2012*