

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 11 juin 2019

Hôpital cantonal de Genève

Traitement antibiotique des infections ostéo-articulaires : vers un passage per os précoce

Dr Truong Thanh PHAM

L'article c'est ...« Oral versus Intravenous Antibiotics for Bone and Joint Infection, Ho-Kwong Li, N Engl J Med 2019; 380:425-436”.

Les infections ostéoarticulaires ça englobe les spondyliscites, mais aussi le matériel prothétique infecté...

Il y a différents schémas :

- Soit DAIR...soit Débridement, Antibios (AB), Implant Retention, AB iv 2-6 semaines...AB per os 3-6 mois.
- Soit Echange en 1 temps (ablation de prothèse et remise de prothèse), AB iv 2-6 semaines...AB per os 3-6 mois
- Soit Echange en 2 temps (ablation de prothèse, mise en place d'un spacer), AB iv 4-6 semaines, fenêtre sans AB 2 semaines, ablation spacer et réimplantation prothèse...AB iv (2-6 semaines, si bactério négative, 6-12 semaines si bactério positive) puis passages per os...

Cette marche à suivre provient d'un article de F.Waldvogel en 1970 : Osteomyelitis: A Review of Clinical Features, Therapeutic Considerations and Unusual Aspects Waldvogel F.A, N Engl J Med 1970; 282:198-206...

Mais l'AB thérapie iv n'a pas que des avantages...concentrations sériques plus élevées, bonne absorption et biodisponibilité, pas de problème de compliance, subjectivement plus efficace...elle a aussi ses désavantages...nécessité d'un accès veineux, risque infectieux, thrombose, coût, durée d'hospitalisation prolongée...

Pour ce qui est de la pénétration osseuse tous les AB ne se valent pas...l'amoxiclavulanate a une absorption de 80-70% mais une pénétration osseuse de 17%, les céphalosporines une biodisponibilité de 30-60% et une pénétration osseuse de 19%...alors que les quinolones c'est 70-80% de biodisponibilité et 50-97% de pénétration osseuse...

L'objectif de l'étude était de montrer la non-infériorité d'un traitement per os vs iv dans les infections ostéoarticulaires. Il fallait au moins 1 semaine de traitement iv chez tout le monde, et ensuite avant le jour 7, les patients étaient randomisés pour recevoir 6 semaines iv supplémentaires vs 6 semaines per os.

L'endpoint primaire était l'échec du traitement à 1 an.

Résultats :

Pour faire court, l'échec de traitement à 1 an était de 13.2% per os et de 14.6% iv...donc pas de différences.

Pas de différences dans les effets secondaires : p.ex. diarrhées à C. difficile...

Mais 10% de complications liées au cathéter iv. Dans le groupe iv vs 1% dans le groupe po.

La conclusion des auteurs est qu'un relais précoce per os est non inférieur au traitement iv. Il y a moins de complications liées au cathéter et les durées d'hospitalisation sont moins longues.

Donc, on se souviendra qu'un passage per os peut être envisagé sauf lors de bactériémie à S. aureus ou autre pathologie infectieuse nécessitant une ABthérapie iv prolongée ou lors de pathologie intestinale rendant la prise per os difficile ou diminuant l'absorption ; ou encore en cas d'absence de choix de molécule adéquate (bonne biodisponibilité, bonne pénétration osseuse).

On se rappellera que la prise en charge de ce type d'infection est multidisciplinaire : chirurgien, infectiologue, microbiologiste, radiologue...



"NURSE, I'LL HAVE WHAT EVER HE IS HAVING."

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch

