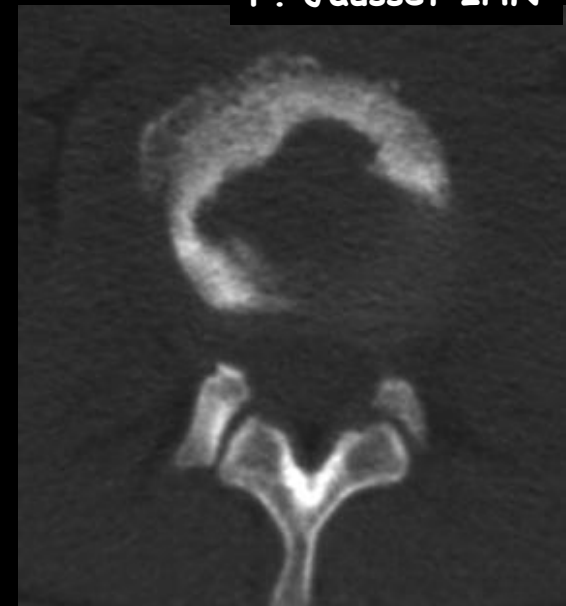


F. Jausset IHN



devant de telles images , vous affirmez , bien sur une **spondylodiscite infectieuse L2-L3**.
En fonction de la sémiologie radiologique , à quel(s) agent(s) infectieux causal peut-on penser

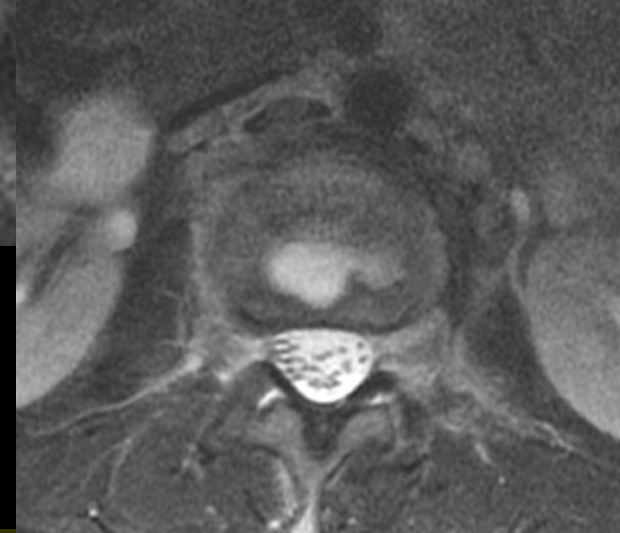
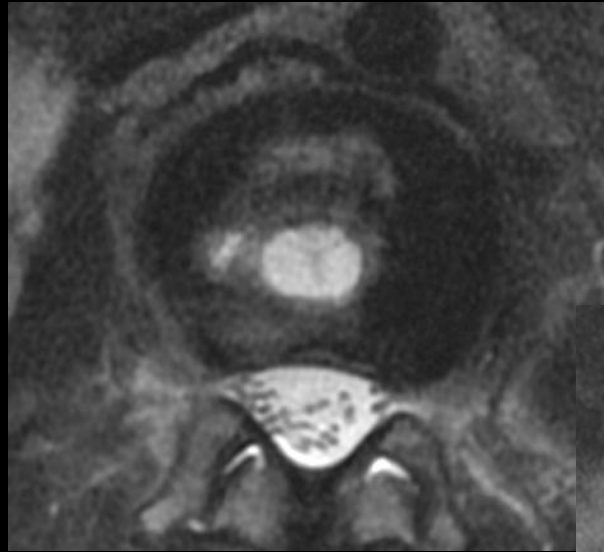




-le **pincement discal** et la "**géode en miroir**" sont les signes classiques de l'infection discale

-l'**ostéocondensation réactionnelle** des corps vertébraux , dont l'intensité diminue progressivement au fur et à mesure de l'éloignement du contour ostéosclérosé de la géode reflète la qualité de la défense et témoigne d'un processus évolutif subaigu (agent infectieux de virulence atténuée et réaction de défense efficace : guerre de position avec tranchées plutôt que guerre de mouvement , puisque le centenaire de la première guerre mondiale approche)

-les constructions osseuses latéro-somatiques (flèches rouges) vont également dans le sens d'une "victoire" de la défense sur l'"assaillant" puisque **l'offensive est arrêtée et le front stabilisé**



l'IRM confirme :

. la bonne limitation de l'abcès disco-somatique ,avec une coque périlésionnelle

.le caractère très limité de la réaction inflammatoire médullaire ("œdème")

.l'absence d'extension aux tissus mous péri dico-somatiques de la réaction inflammatoire .

-on peut donc évoquer une **atteinte granulomateuse** , avant tout **tuberculeuse** ou une **infection par une bactérie pyogène de virulence atténuée** . mais il faut bien sur confronter ces supputations radiologiques à la réalité :

- .histoire clinique , en particulier intensité et évolutivité du syndrome infectieux : état subfébrile , fièvre vespérale ou fièvre hectique
- .recherche d'une porte d'entrée d'un processus infectieux
- .importance du syndrome inflammatoire biologique ; présence et type de déficit des défenses (cellulaires ou immunitaires ...).

voici en fait l'histoire clinique du patient :

jeune homme **17 ans**:

douleurs en FID sans défense

hyperthermie à 38°C.

suspicion de syndrome appendiculaire.

ATCD : **toxicomanie IV**

Bio : CRP= 120, GB = 11000

compte tenu de ces données :

.toxicomanie IV

.caractère relativement récent de la révélation clinique et évolution d'allure aiguë puisqu'on soupçonne une appendicite

.existence d'une contradiction entre le tableau clinique de type aigu et le tableau radiologique peu compatible avec une évolution aiguë , on peut s'attendre à une "surprise" étiologique

la ponction discale sous scanner va confirmer ma présence de

candida albicans.

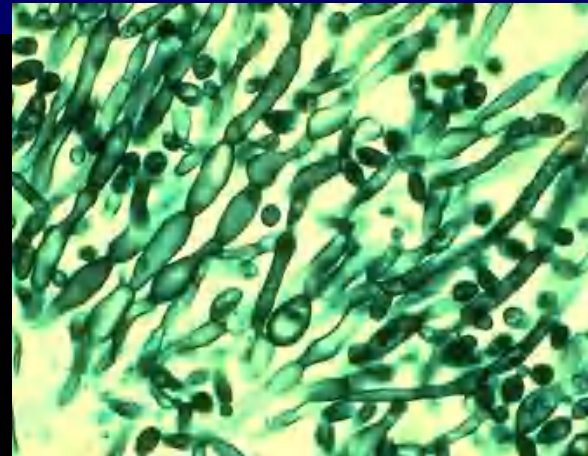
le reste du bilan ne montre pas d'endocardite, ni d'autre foyer infectieux

on conclue à une probable porte d'entrée par injection IV

le traitement par TRIFLUCAN se révélera efficace

C. albicans est un champignon, commensal saprophyte, présent chez 80 % de la population

pathogène opportuniste, il est à l'origine d'infections cutané-muqueuses génitales et, chez les immunodéprimés, d'infections profondes



Spondylodiscite à Candida

Ces dernières années, augmentation des candidoses systémiques , avec pour principales causes :

- .toxicomanie,
- .voies veineuses centrales ,
- . immunodépression

mais le taux de spondylodiscite à Candida reste faible.
moins de 100 cas dans la littérature

l'atteinte épidurale est rarissime

voici pourtant **2 cas compagnons** observés dans le service de maladies infectieuses du CHU Nancy-Brabois (Pr Th. May)

Frentiu E, Petitfrere M, May T, Rabaud C.

« Two cases of spondylodiscitis due to Candida sp. »

Med Mal Infect. 2007 May;37(5):275-80. Epub 2007 Apr 24. French.

cas n° 1 : homme 25 ans héroïnomane sevré depuis 6 mois

Dorso-lombalgies depuis 2 mois

Syndrome inflammatoire : VS=110mm, CRP=96

Sérologie VIH négative, hépatite C +

Scinti osseuse : hyperfixation en T12-L1



contrairement aux données classiques , l'atteinte inflammatoire des tissus mous para-vertébraux est importante du côté droit

c'est une infiltration sans collection

Cas n° 2 ; homme 34 ans **héroïnomane sevré**.
Lombalgies fébriles
Atcd **hépatite C**



dans ce cas également , l'atteinte des tissus mous para-vertébraux droits infiltrant tout le muscle psoas mais également le muscle iliaque est particulièrement nette .

la spondylodiscite fongique à *C. albicans* est un problème diagnostique pour plusieurs raisons :

faible incidence

symptômes cliniques et manifestations radiologiques non spécifiques

délai long entre l'exposition et les symptômes

Les **Candidoses invasives** sont **rare**s :

.8 pour 100000 habitants,

.mais elles représentent 10 à 15% des infections nosocomiales

Les **facteurs de risque d'atteinte candidosique vertébrale** sont proches de ceux des candidoses profondes en général :

VVC 53%

antibiotiques 50%

immunodépression 37%

toxicomanie IV 22%

1er cas de spondylodiscite à *Candida* sp. décrit en 1967. Depuis **seulement 75 cas publiés dans la littérature.**

Localisations :

- **lombaire 60%**
- thoracique 35%
- cervicale 5%

Germe :

- *C. albicans* 50 %
- *C. tropicalis* ou *parapsilosis* 30%
- autres *C.* 20%

Délai exposition-candidémie / symptômes : 2 semaines à plus d'un an

Clinique :

.pas spécifique.

.complications neurologiques dans 20% des cas

Microbiologie :

.ponction ou chirurgie (culture et examen direct)

.si négatif, intérêt de l'**antigénémie** et de la **sérologie**

Traitement :

Pas abordé spécifiquement dans la conférence de consensus de 2004, mais si on extrapole le **traitement pour les localisations d'accès difficile** :

amphotéricine B + flucytosine IV 2 à 3 semaines

relai par fluconazole 6 à 12 mois

voriconazole en cas de résistance

Chirurgie si symptômes neurologiques ou si abcès épidual important.

Alitement tant que les douleurs persistent puis reprise de l'orthostatisme avec corset

Syndrome de candidose disséminée

Chez les toxicomanes

Fièvre+ lésions cutanées+lésions oculaires+lésions ostéo-articulaires.

Métastases septiques

Candida albicans, contamination par le jus de citron utilisé pour couper l'héroïne brune.



messages à retenir

- l'analyse sémiologique de l'image radiologique ne représente qu'une fraction limitée du diagnostic (de l'ordre de 20 ou 25 %).
- l'intégration des **données cliniques et biologiques** , la connaissance des **facteurs de risque** et de **l'épidémiologie des maladies** sont les autres piliers du raisonnement diagnostique en imagerie .
- pour accéder à ces éléments , l'évolution numérique des informations médicales apporte 2 progrès majeurs ;
 - . l'organisation des **réunions de confrontations pluridisciplinaires** qui ont été une des sources majeures du progrès médical au cours de la première décennie du 21^{ème} siècle , et pas seulement dans le domaine oncologique
 - . le développement encore bien trop limité du **dossier médical informatisé** malheureusement plus souvent lié à la frilosité du corps médical qu'aux carences administratives
- Oncle Paul , à quelques 200 jours de sa retraite ne peut que vous recommander de promouvoir l'organisation , la **fréquentation assidue** et la **participation active** des radiologues jeunes et moins jeunes aux réunions de concertation pluridisciplinaires , surtout dans les domaines extra-oncologiques , où elles ne sont pas obligatoires mais beaucoup moins monotones et plus enrichissantes intellectuellement.