



Infections ostéo-articulaires avec matériel (IOAM) Diagnostic et prise en charge

Février 2016. V1.

Rédacteurs : Dr Levent Thierry, Référent antibiotique, CHSA

Sommaire

Thèmes	Pages
1. Signes cliniques évocateurs	3
2. Place de la biologie	4
3. Place de l'imagerie	5
4. Place de la bactériologie	6-7
5. Algorithme pour le traitement chirurgical des infections prothétiques	8
6. Situations cliniques et traitement ATB probabiliste d'attente	
6.1. Incidents cicatriciels et conduite à tenir,	9
6.2. Infection sur ostéosynthèse,	10
6.3. Infection sur fixateur externe,	11
6.4. Arthrotomie-lavage, changement en 1 temps (PTG-PTH)	12
6.4. Changement en 2 temps (PTG-PTH)	12
7. Traitements antibiotiques documentés	13
✓ Staphylocoque,	14-15
✓ Streptocoque,	16
✓ Entérocoques	17
✓ Entérobactéries,	18
✓ <i>P. aeruginosa</i> ,	19
✓ Anaérobies	20
8. 1. Molécules, posologies	21
8. 2. Ordonnances et suivi	22-30

Bibliographie :

1. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/rbp_reco2clics_protheses_infectees.pdf
2. http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/inf-osseuse-court.pdf
3. Infections ostéo-articulaires. Fondements, prophylaxie, diagnostic et traitement. Groupe d'experts infections ostéo-articulaires de la Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie et de la Société Suisse d'Infectiologie. Swiss orthopaedics, CH, 2015.
4. E.PILLY. Maladies infectieuses et tropicales, 25^e édition, 2016.

1. Signes cliniques évocateurs

En post-opératoire précoce (< 1 mois)

Fistule à proximité de la prothèse ou de l'ostéosynthèse affirme l'infection jusqu'à preuve de contraire

Evocation du diagnostic si :

- ❖ Douleur d'intensité anormale ou réapparition après un intervalle libre,
- ❖ Ecoulement purulent de la plaie opératoire,
- ❖ Désunion ou nécrose ou inflammation cicatricielle

Fièvre, frissons en dehors d'un autre point d'appel : forte probabilité d'IOAM

En post-opératoire retardé (2-6 mois) ou tardif (>6 mois)

- ❖ Douleurs et/ou descellement radiologique,
- ❖ Fistule,
- ❖ Fièvre, frissons en dehors d'un autre point d'appel : forte probabilité d'IOAM,

! l'absence de signes cliniques inflammatoires et biologiques ne permet pas d'éliminer une infection prothétique

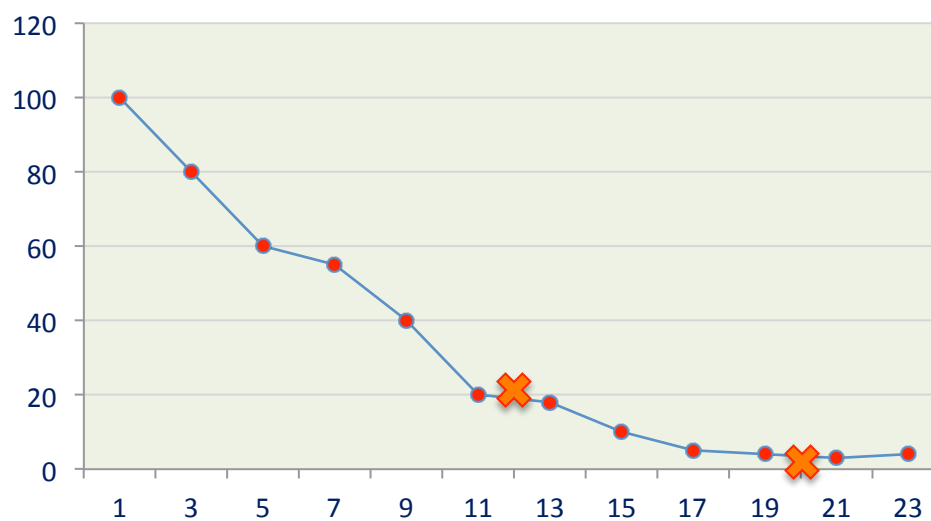
2. Place de la biologie

Remarques

- ❖ VPN et VPP médiocre de la leucocytose,
- ❖ Une valeur normale de la VS/CRP n'exclue pas le diagnostic

Suivi de la cinétique de la CRP : au delà de 3 mois , suspicion d'IOAM si CRP supérieure à 10 mg/l (sans facteur confondant)

Cinétique de la CRP en post-opératoire



Repère de la cinétique : 20 mg/l à J10 et 5 mg/l à J20

3. Place de l'imagerie

Infection précoce (< 1 mois)
❖ Place restreinte de l'imagerie, ❖ Echographie à privilégier, ❖ Ponction écho-guidée si collection au contact du matériel ou intra-articulaire

Infection retardée (2-6 mois) ou tardive (> 6 mois)
1° intention : RX standard
2° intention : ❖ Scanner avec injection de produit de contraste iodé, ❖ Ponction écho-scanno- guidée si collection au contact du matériel
3° intention : scintigraphie si l'imagerie précédente non contributive

4. Place de la bactériologie

Préalables

Pour optimiser les résultats et l'apport de la bactériologie il faut :

- ❖ Un délai minimal de 15 j sans ATB si possible,
- ❖ Réaliser des hémocultures si fièvre,
- ❖ Les écouvillons de fistule ou sur plaie opératoire désunie ne sont pas recommandés.

La ponction articulaire

- ❖ Ponction dans de strictes conditions d'asepsie,
- ❖ Conserver le liquide dans la seringue si délai d'acheminement inférieur à 2h,
- ❖ Si délai d'acheminement supérieur à 2h, inoculer le liquide dans un flacon d'hémoculture aéro et anaérobie,
- ❖ Prolonger la mise en culture de 14j,
- ❖ Si disponible, utiliser le kit* «ponction articulaire» sur demande au laboratoire.

*Kit « ponction articulaire » :

- Un flacon Portagerm milieu liquide,
- Deux tubes héparinés (chimie, cytologie),
- Un flacon d'hémoculture aérobie,
- Un tube sec (recherche de cristaux)

Prélèvements per-opératoires

- ❖ Réalisés au début de l'intervention en dehors de toute antibiothérapie,
- ❖ Les écouvillons sont contre-indiqués,
- ❖ 3 ou 5 prélèvements au niveau des zones macroscopiquement pathologiques,
- ❖ Les prélèvements peuvent être solides ou liquides,
- ❖ La localisation de chaque prélèvement doit être précisée,
- ❖ Changement d'instrument entre chaque prélèvement,
- ❖ Acheminement rapide en moins de 2 heures au laboratoire,
- ❖ En cas d'infection chronique et/ou sur matériel :
 - Chaque prélèvement du site prélevé doit être scindé en 2 : l'un dans un pot stérile ou à billes, l'autre dans un milieu de Rosenow,
 - Le milieu de Rosenow doit êtreensemencé au bloc opératoire
- ❖ Les prélèvements doivent être mis en culture pendant 14 jours.

Interprétation

Site prélevé	Interprétation
Ponction articulaire et matériel prothétique	• > 1 700 leucocytes/mm³ • plus de 65% de polynucléaires neutrophiles
Ponction articulaire sans matériel prothétique	• Souvent liquide trouble, • Cellularité élevée, > 10 000 leucocytes/mm³ • Plus de 90% de polynucléaires neutrophiles
Prélèvements per-opératoires	Infections certaines: • Si flore cutanée : 3 plvts (3 per-op ou 2 per-op+ 1 plvts par ponction articulaire) positifs au(x) même(s) germe(s), • Si flore pathogène : 1 plvt positif suffit (per-op, pré-op, hémoculture) Infections exclues ou non détectables : • Plvts per-op stériles à J14, • 1 seul plvt per-op + à un germe de la flore commensale et avec moins de 65% de polynucléaires neutrophiles dans le liquide ponction articulaire, • CRP < 10 mg/l

5. Algorithme pour le traitement chirurgical des infections prothétiques.

1. Conservation du matériel (débridement, changement des pièces mobiles) si :

- Durée des symptômes $\leq$ 3 semaines,
- Et prothèse stable,
- Et pas de fistule ni de lésions sévères des parties molles,
- Et germes sensibles

2. Remplacement de la prothèse si les conditions ci-dessus ne sont pas atteintes :

Situations cliniques	Prise en charge
Parties molles intactes ou légèrement lésées	Changement en 1 temps
Parties molles lésées ou fistule	Changement en 2 temps court (4 semaines) + espaceurs
Micro-organisme difficile à traiter	Changement en 2 temps long (8 semaines) sans espaceurs
Risque anesthésique élevé, mauvais état général, patient alité	Antibiothérapie suppressive
Atcds d'échecs, lésions sévères des parties molles	Dépose ou arthrodèse
Atteinte sévère os-tissus mous, sepsis non contrôlé	Amputation

6.1. Incidents cicatriciels et conduite à tenir.

1. Incidents cicatriciels précoces (< 1 mois)

Situations cliniques	Prise en charge
Nécrose cicatricielle : • Sèche • Humide, inflammatoire	Surveillance Intervention
Ecoulement séreux : • Et collection sous-jacente, • Sans collection sous-jacente • Et fièvre ± écoulement	Intervention Surveillance Intervention
Cicatrice inflammatoire ± T° ± collection	Ponction articulaire

2. Incidents cicatriciels retardés (2-6 mois) ou tardifs (> 6 mois)

Situations cliniques	Prise en charge
Rougeur de la cicatrice	Intervention
Collection cutanée, sous-cutanée, articulaire, fistule	Reprise

En cas de reprise chirurgicale, antibiothérapie d'attente large:

- A débuter en per-opératoire une fois les prélèvements réalisés,
- (céfotaxime ou céfépime ou pipéracilline-tazobactam) + vancomycine ou daptomycine.
- TT antibiotique adapté selon la bactériologie disponible

6.2. Infection sur matériel d'ostéosynthèse.

Infection précoce (1-2 semaines post-opératoire)	
Ostéosynthèse stable	Débridement-nettoyage, matériel laissé en place antibiothérapie
Ostéosynthèse instable	• Débridement-nettoyage, changement du matériel en 1 temps antibiothérapie, • Selon avis du chirurgien, débridement-nettoyage fixateur externe, antibiothérapie, repose

Antibiothérapie d'attente large:

- A débiter en per-opératoire une fois les prélèvements réalisés,
- (céfotaxime ou céfépime ou pipéracilline-tazobactam) + vancomycine ou daptomycine.
- TT antibiotique adapté selon la bactériologie disponible

Infection retardée (3-10 semaines)

- Symptomato­logie insidieuse,
- Prise en charge : celle des pseudarthroses septiques

Infection tardive (>10 semaines)

- Souvent fracture stabilisée par le cal osseux,
- Prise en charge: celle d'une ostéite chronique

Antibiothérapie d'attente:

- A débiter en per-opératoire une fois les prélèvements réalisés,
- céfotaxime ou céfépime ou pipéracilline-tazobactam monothérapie,
- vancomycine ou daptomycine si immunodépression et/ou sepsis sévère
- TT antibiotique adapté selon la bactériologie disponible

6.3. Infection sur fixateur externe.

Que faire quand le fixateur externe est infecté ?

- Infection mineure: traitement conservateur,
- Infection majeure: retrait de la fiche infectée

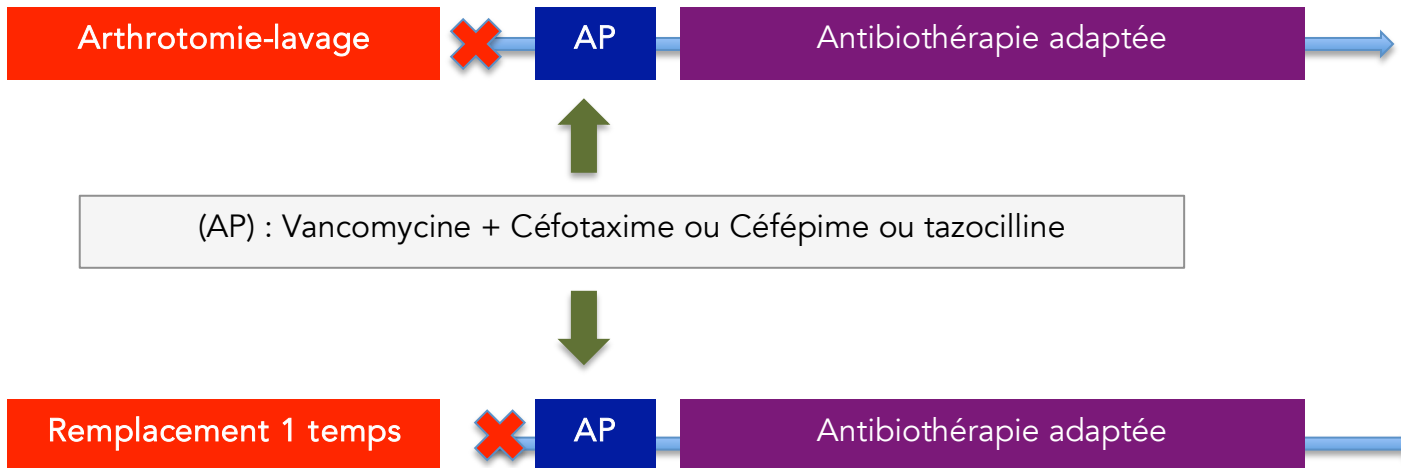
Moyens diagnostics

- Clinique : érythème autour de la fiche, écoulement purulent, douleur,
- Biologie : crp, absence d'autre foyer infectieux,
- Radiologie : recherche d'une ostéolyse,
- Bactériologie :
 - ✓ Ecouvillonnage de l'écoulement autour de la fiche déconseillé,
 - ✓ Aspiration à l'aiguille le long de la fiche incriminée.

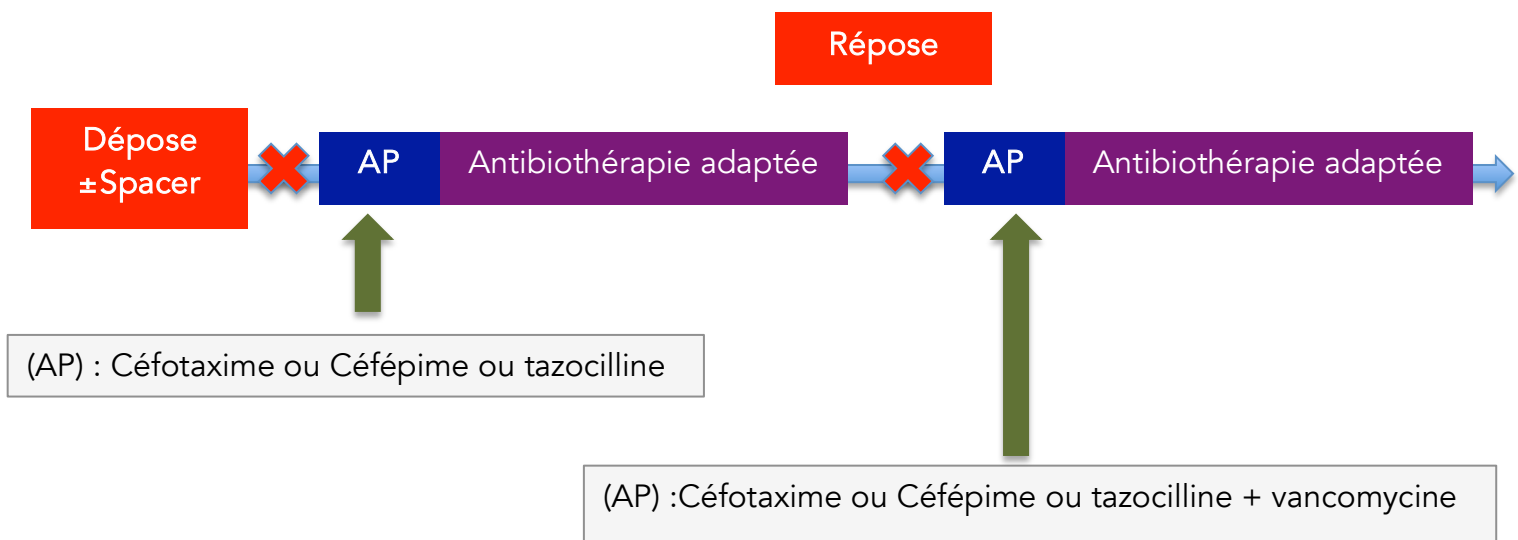
Traitement proposé

1. Inflammation locale (rougeur, pas d'écoulement, pas d'ostéolyse) : mise au repos, soins locaux,
2. Ecoulement (inflammation locale, écoulement, pas d'ostéolyse) : plvts bactériologiques, mise au repos, soins locaux, antibiothérapie adaptée,
3. Ostéolyse (inflammation locale, écoulement) : retrait de la fiche, excision du trajet fistuleux, plvts per-op, antibiothérapie pendant 6 semaines
 - Ablation du fixateur externe si possible,
 - Si ablation impossible, changement et nouvelle fiche à distance.

6.4. Arthrotomie-lavage, changement en 1 temps (PTG-PTH). Antibiothérapie probabiliste (AP)



6.4. Changement en 2 temps (PTG-PTH). Antibiothérapie probabiliste (AP)



7. Traitement antibiotique selon le germe.

Remarques générales :

- Antibiothérapie adaptée sur une documentation solide,
- Fortes doses,
- Traitement IV initial puis relais PO si possible,
- Effets secondaires possibles,
- Surveillance biologique

Staphylocoque

Staphylocoque sensible à la méticilline

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement: 5 jours,

Molécules recommandées :

- Oxacilline-cloxacilline: 100 mg/kg/j ($\leq$ 70 kg : 9g/j, > 70 kg : 12g/j) en 6 injections ou en SAP de 12h
- Céfazoline: 4-6g/j en SAP
- Gentalline si sepsis : 5 mg/kg/j en dose unique journalière.

Si allergie aux bêta-lactamines:

- Vancomycine: DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP
- Téicoplanine: 10-12 mg/kg/12h (3j) puis 10-12 mg/kg/j
- Daptomycine : 10 mg/kg/j en dose unique journalière

Associations :

- Recommandée si utilisation de la daptomycine,
- Gentalline utilisable avec vanco-teico-dapto,
- Rifadine : décalée de 24h si associée à la vanco ou teico
- Fosfomycine (4g/6-8h) ou cotrimoxazole (75 mg/kg) avec la dapto

Traitement de relais oral

La rifampicine est la molécule pivot autour de laquelle sera organisé le traitement.

Souche Rifampicine-S et FQ-S:

- Lévofoxacine 750 mg/j + rifampicine 10 mg/kg en 2 prises

Souche Rifampicine-S et FQ-R:

- Rifampicine même posologie + cotrimoxazole ou clindamycine (si souche érythro-S) ou linézolide ou Ac fusidique ou cycline.

Souche rifampicine-R :

- Association selon les sensibilités des molécules disponibles

Durée du traitement :

- 2-3 semaines pour les arthrites aiguës,
- 2-3 mois pour les infections sur prothèse (voire 6 semaines : étude en cours)

Staphylocoque résistant à la méticilline

Traitement initial intra-veineux

Molécules recommandées :

- Vancomycine: DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP
- Téricoplanine: 10-12 mg/kg/12h (3j) puis 10-12 mg/kg/j
- Daptomycine : 10 mg/kg/j en dose unique journalière

Associations :

- Recommandée si utilisation de la daptomycine,
- Gentalline utilisable avec vanco-teico-dapto (5 mg/kg/j pendant 5 jours),
- Rifadine : décalée de 24h si associée à la vanco ou teico
- En association avec la daptomycine : Fosfomycine (4g/6-8h) ou cotrimoxazole (75 mg/kg).

Si la CMI du SARM est supérieure ou égale à 2 mg/L, préférer la daptomycine.

Traitement de relais oral

La rifampicine est la molécule pivot autour de laquelle sera organisé le traitement.

Souche Rifampicine-S et FQ-S:

- Lévofoxacine 750 mg/j + rifampicine 10 mg/kg en 2 prises

Souche Rifampicine-S et FQ-R:

- Rifampicine même posologie + cotrimoxazole ou clindamycine (si souche érythro-S) ou linézolide ou Ac fusidique ou cycline.

Souche rifampicine-R :

- Association selon les sensibilités des molécules disponibles

Durée du traitement :

- 2-3 semaines pour les arthrites aiguës,
- 2-3 mois pour les infections sur prothèse (voire 6 semaines : étude en cours)

SASM¹

	TT initial IV	Relais po
Poids ≤ 70 kg	Oxa-cloxacilline 9g/j Ou Céfazolline 4g/j	Oflocet 200 mg/12h + Rifadine 900 mg/j (DU)
Poids > 70 kg	Oxa-cloxacilline 12g/j Ou Céfazolline 6g/j	Oflocet 400 mg/12h + Rifadine 600 mg/12h

Streptocoque

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 5 jours.

Molécules recommandées :

- **Amoxicilline:** 150 mg/kg/j répartie en 6 perfusions ou en sap de 6h,
- **Ceftriaxone : 2-4g/j en 2 perfusions**
- **Gentalline:** 5 mg/kg/j (5 jours) si strepto B et strepto oraux, ou si CMI pénicilline > 0,1 mg/l,

Si allergie aux bêtalactamines:

- **Vancomycine:** DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP

Traitement de relais oral

- Ceftriaxone : 2-4g/j (IM, IV,SC),
- Amoxicilline : si le poids du patient est important, le nombre de cp-gel est important. Négocier 4 prises/j,
- Clindamycine (si souche érythro-S) : 600 mg/6-8h. Possibilité de proposer 750 mg/8h,
- Si souche érythro-R : Lévofoxacine-moxifloxacine, cotrimoxazole, cycline, linézolide.

Durée du traitement idem staphylocoque

Streptocoque (sauf entérocoque)¹

	TT initial IV	Relais po
Poids ≤ 70 kg	Amoxicilline 9g/j Ou Céftriaxone 2g/j	Clindamycine 600 mg/8h ou Amoxicilline 2g/8h
Poids > 70 kg	Amoxicilline 12g/j Ou Céftriaxone 2g/12h	Clindamycine 600 mg/6h ou Amoxicilline 3g/8h

Entérocoque

Entérocoque sensible à la pénicilline (*E faecalis*)

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 2 semaines

Molécules recommandées :

- Amoxicilline: 200 mg/kg/j répartie en 6 perfusions ou en sap de 6h,
- Pénicilline G : 24 millions d'unités/j réparties en 6 injections ou en SAP,
- Gentalline: 5 mg/kg/j (2 semaines),

Si allergie à la pénicilline:

- Vancomycine: DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP
- Ceftriaxone : 2-4g/j

Entérocoque résistant à la pénicilline (*E faecium*)

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 2 semaines

Molécules recommandées :

- Vancomycine: DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP
- Téricoplanine: 10-12 mg/kg/12h (3j) puis 10-12 mg/kg/j
- Daptomycine : 10 mg/kg/j en dose unique journalière (! risque d'émergence de résistance, toujours associer au linézolide)
- Gentalline: 5 mg/kg/j (2 semaines),

Traitement de relais oral

1. Si souche ampi-S : le nombre de cp est trop élevé. Poursuite Amoxicilline ou Pén-G par voie IV
2. Idem si utilisation des glycopeptides
3. relais réellement oral :
 - Linézolide,
 - Moxifloxacin ± rifampicine

Entérobactéries

Entérobactérie sensible aux C3G

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 7 jours

Molécules recommandées :

- Ceftriaxone 2-4g/j ou céfotaxime 6-12g/j (3-6 perfusions voire en SAP),
- Aminosides (3j): Gentalline: 5 mg/kg/j () ou amikacine (20-25 mg/kg/j)

Entérobactérie résistante aux C3G

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 7 jours

Molécules recommandées selon l'antibiogramme:

- Tazocilline : 4g/6-8h,
- Carbapénème : imipénème (3g/j), méropénème (6g/j), ertapénème (1g/j)
- Aminosides (3j): Gentalline: 5 mg/kg/j () ou amikacine (20-25 mg/kg/j)

Entérobactérie résistante à toutes les bêta-lactamines

Traitement initial intra-veineux

Associations selon l'antibiogramme:

- Quinolones, Aminosides, Colimycine, Fosfomycine, Tygécycline
- BL éventuellement même si rendue R (voire la CMI)

Traitement de relais oral

Quinolones, molécule de base , en monothérapie:

- Uniquement si la souche est nal-S, Ciprofloxacine (750 mg/12h), Ofloxacine (200 mg/8h)

Alternatives aux Quinolones (souche R ou nal-R):

- Ceftriaxone IV, Ertapénème, Tazocilline en perfusion continue (/12h),
- Cotrimoxazole PO,

Entérobactéries sensibles¹

	TT initial IV	Relais po
Poids ≤ 70 kg	Céfotaxime 2g/8h Ou Céftriaxone 2g/j	Ofloxacine 200 mg/12h
Poids > 70 kg	Céfotaxime 3-4g/8h Ou Céftriaxone 2g/12h	Ofloxacine 200 mg/8h

Pseudomonas aeruginosa

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 2 à 3 semaines

Molécules recommandées selon l'antibiogramme :

- Ticarcilline : 5g/6-8h,
- Tazocilline : 4 g/6-8h,
- Ceftazidime: 2g en DDC puis 6g en SAP/j,
- Céfépime : 2g/ 8h
- Tiénam 1g/6-8h ou Méronème 2g/8h

Toujours associer selon l'antibiogramme

- Amikacine (20-25 mg/kg/j),
- Ciprofloxacine : 400 mg/ 8h
- Fosfomycine 4g/6-8h
- 2 de ces 3 molécules peuvent également être associées en évitant d'utiliser une BL (ou BL-R)

Traitement de relais oral

Durée du traitement : 2 à 3 mois

Molécules recommandées selon l'antibiogramme :

- Ciflox : 750 mg/12h,

Sinon, poursuite du traitement IV

Anaérobies

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 7 jours

Anaérobies à Gram + (*P. acnes*, *Finegoldia*, *Clostridium sp*)

- Amoxicilline IV : 150 mg/kg/j en 4 perfusions,
- Céfazoline : 60-80 mg/kg/j,
- Ceftriaxone : 2-4g/j,
- Clindamycine : 600 mg/8h
- Association de rifampicine sur *P.acnes*.

Anaérobies à Gram - (*Bacteroides*, *Prevotella*)

- Amoxicilline-acide clavulanique IV : 100 mg/kg/j en 4 perfusions,
- Métronidazole : 500 mg/ 8h,
- Clindamycine : 600 mg/8h.

Traitement de relais oral

Durée du traitement : 2-3 mois

Anaérobies à Gram + (*P. acnes*, *Finegoldia*, *Clostridium sp*) :

- Clindamycine : 600-750 mg/8h (association de rifampicine sur *P.acnes*),
- Métronidazole 500 mg/8h (pour *Clostridium*)

Anaérobies à Gram - (*Bacteroides*, *Prevotella*) :

- Clindamycine : 600-750 mg/8h
- Métronidazole : 500 mg/ 8h,

Molécules potentiellement intéressantes :

- Moxifloxacin,
- Linézolide (anaérobies G+)

8. Molécules, posologies.

Molécules	Posologies
Vancomycine	• DDC : 15 mg/kg en 1heure, • DE : 30 mg/kg/j en SAP, • Concentration sérique : 25-35 mg/l
Téicoplanine	• DDC : 10-12 mg/kg/12h pendant 48-72h, • DE : 10-12 mg/kg/24h, • Concentration sérique : ≥ 30 mg/l
Gentamicine Amikacine	5-7 mg/kg/J en DUJ
Linézolide	600 mg/12h PO-IV
Daptomycine	10-12 mg/kg/J en DUJ
Amoxicilline	100-150 mg/kg/J en 3 prises
Céfotaxime	1-2g/8h
Ceftriaxone	2g/24h
Ciprofloxacine	200 mg/8h IV si entérobactéries 400 mg/8h IV si <i>P.aeruginosa</i> 750 mg/12h PO
Lévofloxacine	500 mg/12h pendant 5j puis relai PO 750 mg/j (une prise)
Céfépime	2g/12h IM-IV
Ceftazidime	2g en DDC puis 4-6g en SAP/24h
Imipénème	500 mg/6h ou 1,5g de 3h/12h
Clindamycine	600-750-900 mg/8h
Rifampicine	10 mg/kg/j à jeun en 2 prises ou 600-900 mg en une prise

Prévention des candidoses buccales sous traitement ATB :

- Fungizone suspension buvable 1 c a c/j,
- Triflucan (1cp 50 mg 2X/semaine) uniquement si le patient ne tolère pas la Fungizone

8. Traitement antibiotique et suivi au domicile.

Présentation, administration, contre-indications, indications, effets secondaires et surveillance des traitement PO :

- Bactrim forte,
- Dalacine,
- Doxycycline,
- Fucidine,
- Rifadine,
- Tavanic,
- Zyvoxid

Ordonnance de Bactrim forte®

Vous allez prendre du Bactrim Forte dans le cadre de votre infection osseuse.

Présentation : comprimés (triméthoprine 160 mg+ Sulfaméthoxazole 800 mg)

Administration : 2 à 3 prises/J au cours du repas

Votre posologie est :

_____ comprimé(s) le matin

_____ comprimé(s) le midi

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ____/____/____ au ____/____/____ inclus

Effets secondaires possibles :

- Eruptions cutanées,
- Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée,
- Hépatite,
- Baisse des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Insuffisance rénale,
- Augmentation du taux de potassium,
- Fourmillements,
- Douleurs musculaires et/ou articulaires.

Surveillance :

- Taux des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes sanguines,
- Taux de potassium,
- Créatinine et clearance de la créatinine

Contre-indications :

- Atteinte sévère du foie,
- Prise de méthotrexate

Interactions :

- Augmentation de l'effet des antivitamines K
- Eviter les médicaments qui augmentent le potassium
-

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Dalacine®

Vous allez prendre de la Dalacine® dans le cadre de votre infection osseuse.

Présentation : gélules de 300 mg et de 150 mg (violette)

Administration : 3 prises/J au cours ou en dehors du repas

Votre posologie est :

_____ gélule(s) le matin

_____ gélule(s) le midi

_____ gélule(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ____/____/____ au ____/____/____ inclus

Effets secondaires possibles :

- Eruptions cutanées, démangeaisons
- Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée,
- Baisse des globules blancs et des plaquettes sanguines,

Surveillance :

- Taux des globules blancs et des plaquettes sanguines,
- Dosage des enzymes hépatiques,
- En cas de diarrhées persistantes consulter rapidement votre médecin, des complications sévères sont possibles

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Doxycycline®

Vous allez prendre de la Doxycycline® dans le cadre de votre infection osseuse.

Présentation : comprimés de 100 mg

Administration :

- 1 à 2 prises/J au milieu du repas (au moins 1H avant le coucher),
- Ne pas prendre en même temps que des médicaments à base de fer, pansement gastrique et zinc (décaler leur prise d'au moins 2H).

Votre posologie est :

_____ comprimé(s) le matin

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ____/____/____ au ____/____/____ inclus

Effets secondaires possibles :

- Eviter les expositions au soleil (photosensibilisation),
- Augmentation de l'effet des anticoagulants oraux,
- Risque d'atteinte de l'œsophage (prise au milieu du repas + grand verre d'eau),

Surveillance :

- Photosensibilité,
- Réactions allergiques,
- Contrôle des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines

Contre-indications :

- Enfants de moins de 8 ans,
- Grossesse au cours des 2° et 3° trimestres.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Fucidine®

Vous allez prendre de la Fucidine® dans le cadre de votre infection osseuse.

Présentation : comprimés blanc de 250 mg

Administration :

- 3 prises/J au milieu du repas,
- 2 comprimés à chaque prise.

Votre posologie est :

_____ comprimé(s) le matin
_____ comprimé(s) le midi
_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois
Du ____/____/____ au ____/____/____ inclus

Effets secondaires possibles :

- Nausées, diarrhées, douleurs abdominales,
- Hépatites,
- Baisse des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Douleurs musculaires.

Surveillance :

- Dosage des enzymes hépatiques,
- Contrôle des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines.

Contre-indications :

- Enfants de moins de 8 ans,
- Grossesse au cours des 2° et 3° trimestres.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Rifadine®

Vous allez prendre de la Rifadine® dans le cadre de votre infection osseuse.
Cet antibiotique doit TOUJOURS être associé avec un autre antibiotique.

Présentation : gelules rouges de 300 mg

Administration :

- Les gelules doivent être prises à jeun 1h avant un repas ou 2h après,
- La Rifadine est donnée en une ou deux prises.

Votre posologie est :

_____ gélule(s) le matin (vers 10h)

_____ gélule(s) le soir au coucher

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ____/____/____ au ____/____/____ inclus

Effets secondaires possibles :

- Nausées, diarrhées, douleurs abdominales, prurit
- Hépatites,
- Baisse des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Coloration orangée des urines, des larmes (et des lentilles de contact) et des crachats .

Surveillance :

- Dosage des enzymes hépatiques,
- Contrôle des globules blancs, des plaquettes sanguines.

Contre-indications :

- Enfants de moins de 8 ans,
- Grossesse au cours des 2° et 3° trimestres.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Tavanic®

Vous allez prendre du Tavanic® dans le cadre de votre infection osseuse.

Cet antibiotique doit TOUJOURS être associé avec un autre antibiotique.

Présentation : comprimé sécable de 500 mg

Administration :

- En une prise par jour,
- Pendant ou en dehors des repas,
- A prendre au moins 4h après un pansement gastrique

Votre posologie est :

_____ comprimé(s) le matin

_____ comprimé(s) le midi

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ____/____/____ au ____/____/____ inclus

Effets secondaires possibles :

- Tendinite (surtout tendon d'Achille) : SIGNALER immédiatement en cas de douleur,
- Photosensibilité (pas d'exposition au soleil),
- Modification de la glycémie (hausse ou baisse),
- Augmentation de l'effet des AVK,
- Douleur musculaires et articulaires (syndrome grippal), confusion, troubles du sommeil,
- Vertiges, nausées, diarrhées,
- Perturbations des enzymes hépatiques.

Surveillance :

- Dosage des enzymes hépatiques,
- Contrôle de la fonction rénale (créatinine et clearance de la créatinine).

Contre-indications :

- Epilepsie, myasthénie, tendinite avec la prise de quinolones,
- Prise d'antiarythmiques, antidépresseurs tricycliques, macrolides.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Zyvoxid®

Vous allez prendre du Zyvoxid® dans le cadre de votre infection osseuse.

Cet antibiotique doit TOUJOURS être associé avec un autre antibiotique.

Présentation : comprimé de 600 mg

Administration :

- En deux prises par jour,
- Pendant ou en dehors des repas,

Votre posologie est :

_____ comprimé le matin

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ____/____/____ au ____/____/____ inclus

Effets secondaires possibles :

- Baisse sévère des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Neuropathie périphérique, névrite optique
- Troubles digestifs, céphalées, vertiges, prurit

Surveillance :

- Contrôle globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Pas de données établies pour des traitements supérieures à 28j

Contre-indications :

- Hypertension artérielle non contrôlée,
- Association aux IMAO.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

