

# ***OSTEOMYELITIS ET OSTEITIS***

# CADRE NOSOLOGIQUE

Entités cliniques : *infection osseuse*

*par inoculation directe*

*par contiguïté*

*par voie hématogène*

- **Ostéites:** inoculation directe, contiguïté  
infection périoste, corticale, médullaire
  
- **Ostéomyélite:** hématogène  
infection médullaire métaphysaire  
apanage grand enfant , adolescent  
prédilection os en croissance

# OSTEOMYELITE

- DEFINITION: infection osseuse bactérienne hémotogène
- INTERET : métaphyse fertile os longs, staph, urgence diagnostique et traitement gravité par son évolution

- **PHYSIOPATHOLOGIE**

Infection  processus dévascularisation os

2 mécanismes: thrombophlébite

réaction inflammatoire

# Classification de Essaddam-Dargouth

## Stade 0

bactériémie, pénétration germe

porte d'entrée cutanée, muqueuse

clinique muette

Stade 1= début infection

Thrombophlébite veines métaphysaires

Arrêt flux artériel en amont

Inflammation, œdème

Hyperpression intra osseuse

***Douleur***

## Stade 2

Formation liquide purulent dans os

Extériorisation pus et soulèvement périoste

Vascularisation périoste compromise

***Abcès sous –périosté***

## Stade 3

Extension abcès parties molles

Extension dévascularisation

Ischémie osseuse

***Ostéomyélite aiguë prolongée***

## Stade 4

Nécrose osseuse

Formation de séquestres

Fistulisation

***Ostéomyélite chronique***

- TDD: OA FEMUR DISTAL  
Signes fonctionnels

Douleur

Impotence fonctionnelle absolue

Signes généraux

Syndrome infectieux

Altération état général

## Signes physiques

Attitude antalgique membre

Douleur provoquée sus articulaire

Genou normal

Pas d'adénopathie

Douleur sus-articulaire + syndrome infectieux

BRUTALITE



Apprécier terrain

Recherche porte d'entrée

Antibiothérapie

Immobilisation plâtrée

# Signes radiologiques

Technique

Résultats: normaux au stade de début

- Echographie

Normal à ce stade

Base classification E-D

# Signes biologiques

Hyperleucocytose à PN

Fibrinogène

VS

CRP

# Bactériologie

Hémoculture

Uroculture

Prélèvements porte d'entrée

# Diagnostic différentiel

Fracture

Arthrite aiguë

RAA

Tumeur osseuse fébrile

Infection parties molles

Crise drépanocytose

## Traitement

### Antibiothérapie

bi-antibiothérapie adaptée  
posologie maximale  
IV normalisation elts surveillance  
relais per os  
durée 6-8 semaines

Immobilisation plâtrée

Evolution

éléments de surveillance

Température , pouls, examen physique local

Biologie: NFS,VS,CRP

Radio , écho

Favorable

traitement précoce , adapté

résolution complète signes cliniques

normalisation marqueurs inflammation

pas de modification imagerie médicale

Défavorable

Abcès sous-périosté

Ostéomyélite prolongée

Ostéomyélite chronique

- Conclusion

Affection redoutable

Urgence

Apanage adolescent et grand enfant