

# La spondylodiscite à *Kingella kingae* chez l'enfant : à propos d'un cas

J.BENMESSAOUD LAYTI, A.MEHDAOUI, K.KHABBACHE, Y.EL BOUSSAADNI, A.OULMAATI  
Service de pédiatrie, CHU TTA, Université Abdelmalek Essaadi  
Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

## Introduction

**Kingella kingae**, un coccobacille gram-négatif. Ce germe est reconnu comme l'une des principales causes d'infection ostéoarticulaire chez les jeunes enfants. Les infections rachidiennes sont rares et sont majoritairement **des spondylodiscites** dont le diagnostic précoce reste difficile, en raison d'une symptomatologie clinique et biologique mineure.

## objectif

mettre l'accent sur les caractères particuliers des infections ostéoarticulaire à *Kingella kingae*.

## Cas clinique

enfant âgé de 2ans et demi sans antécédents pathologiques particuliers, qui consulte pour **des douleurs rachidiennes avec boiterie**. L'histoire de sa maladie remonte 4 semaines avant son admission par l'apparition d'une constipation avec une dysurie, l'évolution s'est marqué après par l'apparition de douleurs lombaires d'installation progressive et accentuées lors de la marche. Il n'avait pas été noté de fièvre. L'examen clinique montrait une raideur rachidienne avec indice doigt-sol limité et une boiterie à la marche. Le reste de l'examen clinique était sans particularité, avec notamment les mobilités passives des membres inférieurs complètes et symétriques et un examen neurologique normal. Biologiquement le syndrome inflammatoire n'est pas franc. Les hémocultures étaient stériles. Les radiographies standard du rachis et du bassin étaient sans particularité. L'IRM rachidienne révélait un pincement discal et une irrégularité des plateaux L4-L5 évoquant **une spondylodiscite à kingella kingae**



Figure1:IRM lombaire

Une antibiothérapie parentérale débutée à base d'amoxicilline à la dose de 100mg/kg/j puis relayée par amoxicilline à la dose de 80mg/kg/j per os pendant 4 semaines. L'évolution est très rapidement favorable par la disparition de la douleur avec reprise d'une marche normale.

## Références:

- [1] *Kingella kingae* spondylodiscitis in young children: toward a new approach for bacteriological investigations? A preliminary J Child Orthop. 2010 Jan 10;4(2):173-175.  
[2] Infections primaires du rachis de l'enfant (Spondylodiscites) D. CERONI, G. DE MARCO, B. COCHARD, R. DAYER  
[3] Infections invasives à *Kingella kingae*. Gestion d'épisodes de cas groupés en collectivités d'enfants. Haut Conseil de la santé publique 7 septembre 2018

## Discussion:

La spondylodiscite infantile peut affecter l'ensemble de la colonne vertébrale, mais elle est plus fréquente dans la région lombaire. [1]

l'étiologie semble être une infection bactérienne, généralement causée par des organismes peu virulents et atypique; notamment **la Kingella kingae** qu'est responsable de plus d'un quart des spondylodiscites hémotogènes des enfants moins de 4 ans. [1]

Le tableau clinique peut être particulièrement variable par l'apparition d'une boiterie, de douleurs lombaires ou abdominales, d'un refus de la marche ou de s'asseoir, par contre les complications neurologiques sont rarissimes. La température est généralement absente ou très modérée. [3]

les hémocultures sont négatives dans 80% à 90% des cas chez les enfants atteints de spondylodiscite à *kingella kingae* parce que cette dernière est difficile à isoler sur des milieux gélosés conventionnels; c'est pour ça que le diagnostic biologique reste difficile et nécessite des techniques de biologie moléculaire spécifiques. [2]

L'imagerie en résonance magnétique est l'examen le plus performant pour diagnostiquer précocement les spondylodiscites, et cela notamment lorsque les radiographies standard sont normales, il permet de mettre en évidence des signaux évocateurs de spondylodiscite. [3]

Le traitement est généralement médical basé sur une antibiothérapie; la *Kingella kingae* est sensible à l'amoxicilline et aux céphalosporines. [3]

l'évolution clinique est rapidement favorable sans séquelle neurologique. [2]

## CONCLUSION

La spondylodiscite doit être suspectée devant toute douleur vertébrale de rythme inflammatoire, même en absence de fièvre et imposer la réalisation d'une IRM.

*Kingella kingae* est responsable principalement d'infections ostéoarticulaires. Sa fréquences est probablement sous-estimée en raison des difficultés d'isolement liées sa fragilité.