

Infections de prothèse de genou

stratégie chirurgicale

J.DRUON
Service d'Orthopédie 2
Chu Tours

Comment affirmer le diagnostic ?

Faisceau d'arguments :

- Cliniques
- Biologiques
- Radiographiques

- D'authentiques infections prothétiques se présentent sans fièvre, une cicatrice parfaite et une CRP normale !!!

Arguments cliniques

- Fièvre.
 - Douleurs anormales du site opératoire.
 - Écoulement cicatriciel, fistule ++.
 - Inflammation, désunion, nécrose cicatricielle.
-
- L'absence de ces signes n'élimine pas l'infection...









Arguments biologiques

- Aucun paramètre biologique (VS,CRP) n'est à lui seul spécifique de l'infection.
- Les prélèvements locaux sur cicatrice désunie ou orifice de fistule n'ont aucun intérêt !
- Seuls les prélèvements intra articulaires multiples, à distance de toute antibiothérapie (15j) sont à prendre en compte.

Arguments radiographiques

- **Rx Standards** :
 - Géodes périprothétiques.
 - Appositions périostées.
 - Présence de gaz intraarticulaire.
 - Descellement/migration des implants.
 - Liseré périprothétique rapidement évolutif.
 - Ossifications.
- **TDM** : abcès profond, angioTDM (bilan vasculaire préop)
- Scintigraphie osseuse, leucocytes marqués, TEP TDM : intérêt limité...

Ostéolyse septique

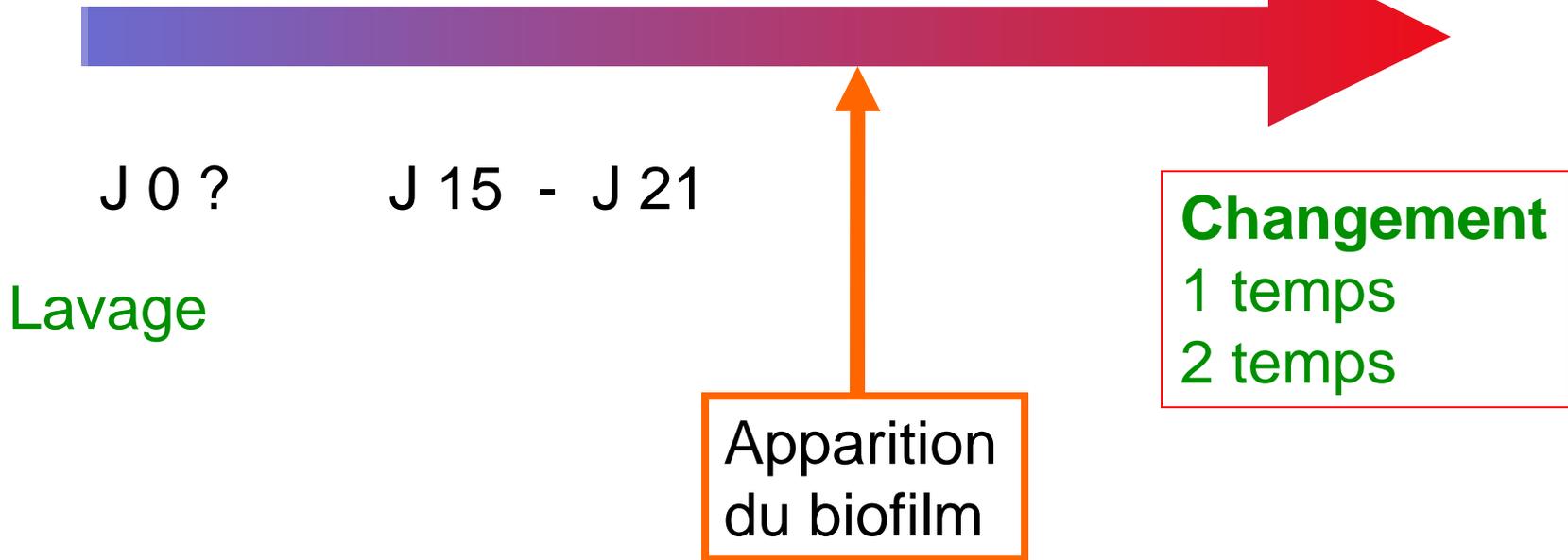


Stratégie chirurgicale

Infection aigüe, précoce

- Post-op
- Hématogène

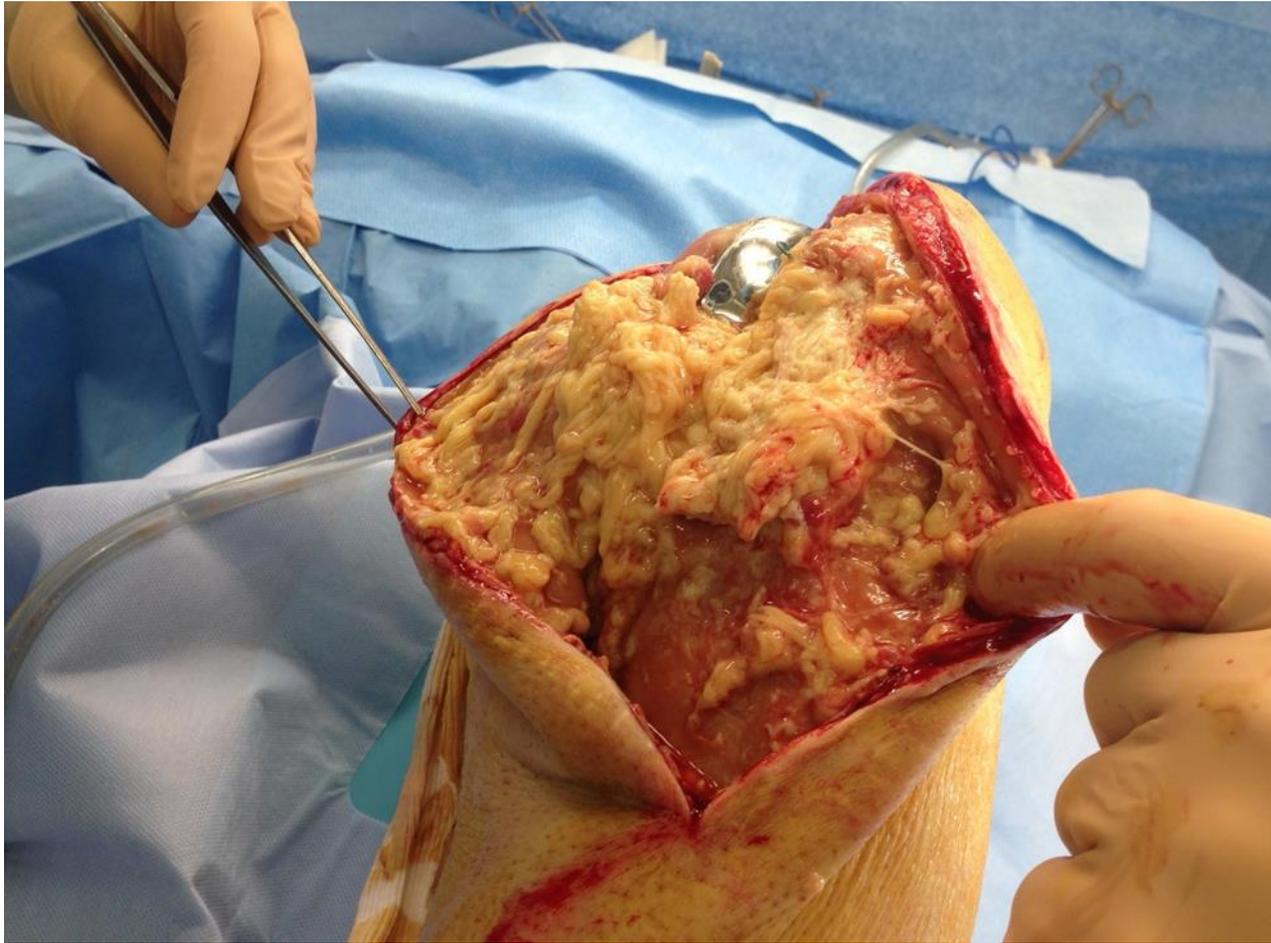
Infection 2^{aire}
Chronique,
tardive



Arsenal Thérapeutique

- Infection aiguë => « lavage »
- Infection chronique
 - changement en 1 temps
 - changement en 2 temps
 - l'arthrodèse de genou
- Palliatif
 - antibiothérapie suppressive ?
 - fistulisation dirigée
 - amputation

Le « lavage »



Les principes du « lavage »

- Reprendre la voie d'abord (large), **pas d'arthroscopie** sauf cas particulier
- Prélèvements profonds : 5 (**changer d'instruments**)
- Excision « carcinologique » tissus infectés + Synovectomie
- Changement systématique du PE => prise en charge par l'équipe qui a posé l'implant (disponibilité du matériel)

Indications du « lavage »

- En **urgence**, pas d'examens complémentaires inutiles qui retarderaient la prise en charge !
- **HAS 2014 : jusqu'à 1 mois postopératoire**
- Infection hématogène
 - Début difficile à fixer ...
 - Recherche et ttt de la porte d'entrée
 - Délai souvent dépassé...

Messages importants

- Devant toute suspicion d'infection sur prothèse, ne jamais instaurer de traitement antibiotique à l'aveugle (sauf sepsis sévère).
- **PAS d'indication de lavage >1 mois (médico-légal)**
sauf pour diminution de la charge bactérienne si sepsis sévère en attendant changement dans de bonnes conditions !

Le changement de prothèse...
en 1 ou 2 temps ?

Le changement en 1 temps

- Germe connu et sensible
- Pas de destruction osseuse majeure
- Pas de localisations septiques multiples
- **Une fistule n'est pas une contre-indication**
- **Contamination hématogène**
=> porte d'entrée traitée

Le changement en 2 temps **= *quand 1 temps impossible***

- Germe non déterminé ou multi-résistant
- Sepsis chronique déjà (multi) opéré
- Destruction osseuse majeure
- Localisations septiques multiples
- Porte d'entrée non traitée si hématogène

Changement en 2 temps : intérêt du spacer

- Facilite la ré intervention...
- Un **ciment aux ATB** permet une meilleure diffusion locale ... mais peut induire des résistances ...
=> **non recommandé**
- Idéalement articulé,
armé si PDS majeure.



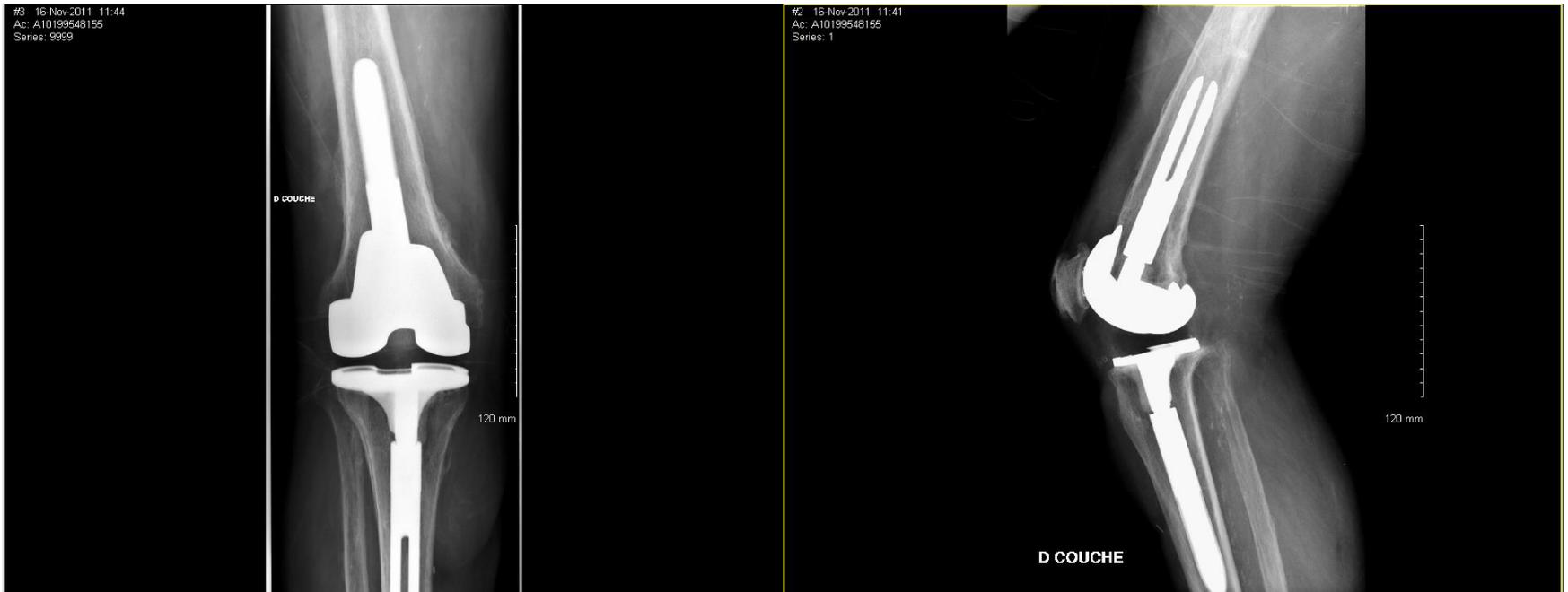
Sepsis chronique PTG à germe résistant : 2 temps



1^{er} temps : dépose, lambeau, spacer



2nd temps : réimplantation



Règles à respecter lors du changement

- Si difficultés d'exposition : le relèvement tubérositaire n'est pas recommandé en milieu septique => préférer le Rectus Snip.
- Si la rotule n'a pas été resurfacée lors de la première intervention, il est impératif de réaliser l'ablation du cartilage rotulien.
- Tous les implants doivent être changés, y compris le médaillon rotulien !



L'arthrodèse du genou



L'arthrodèse de genou (sur fixateur externe)

- Sepsis multirécidivant
- Appareil extenseur non fonctionnel
- Co-morbidité ++
- « ***ne pas faire la prothèse de trop*** »
(Ph. Rosset)
- => traitement définitif !

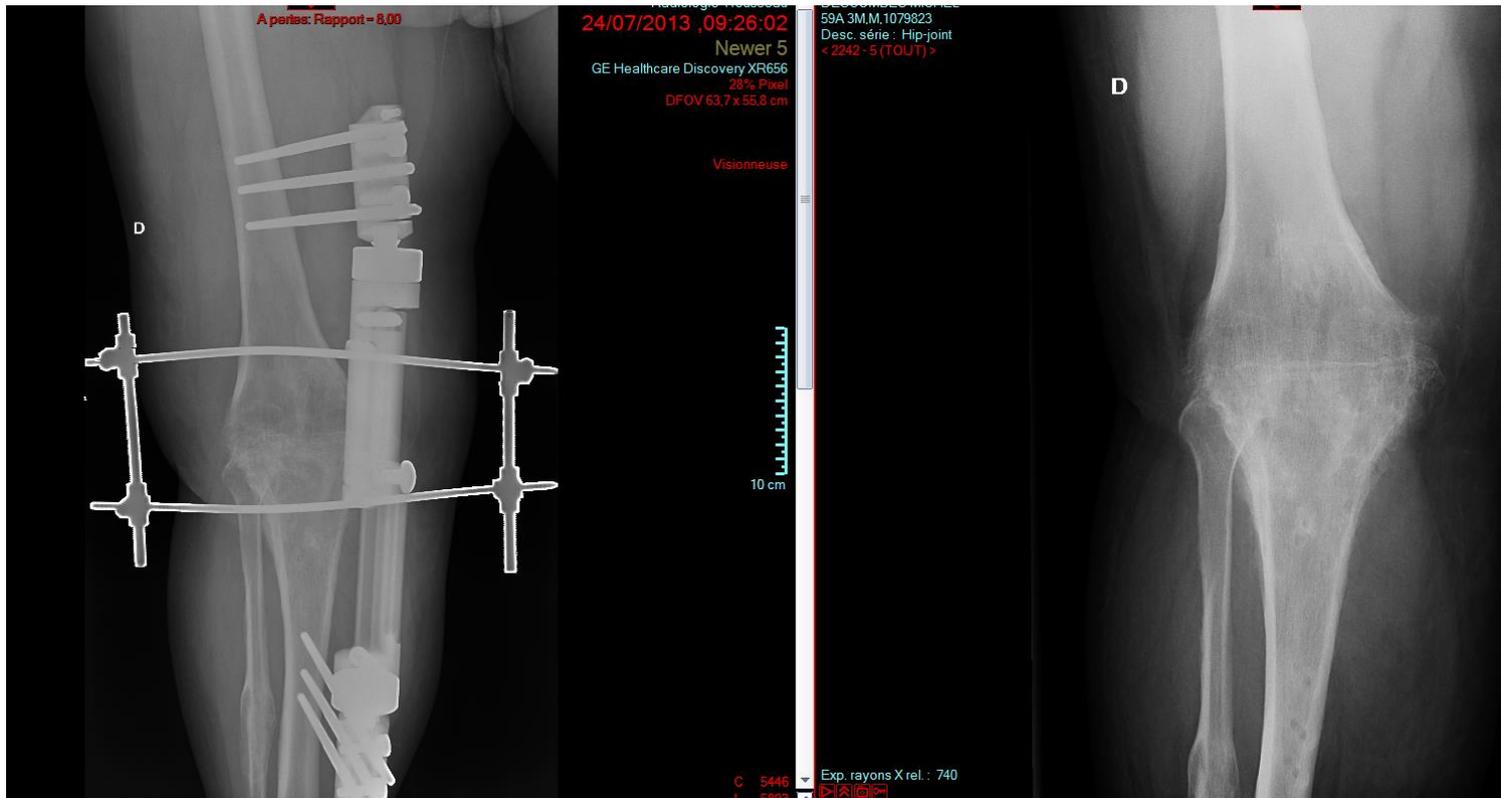


BMI 50

+ diabète + terrain vasculaire



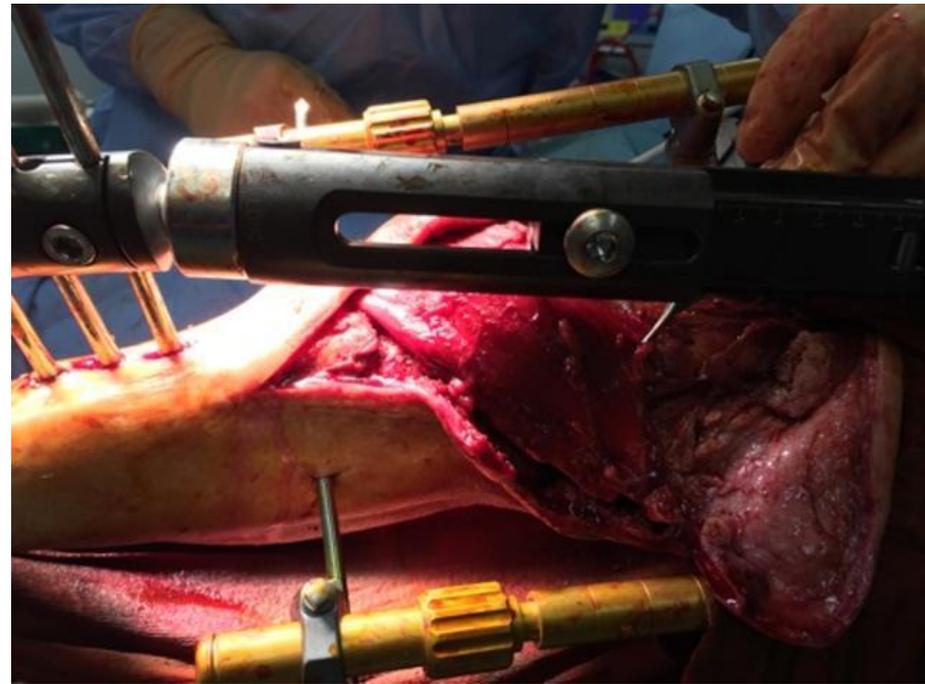
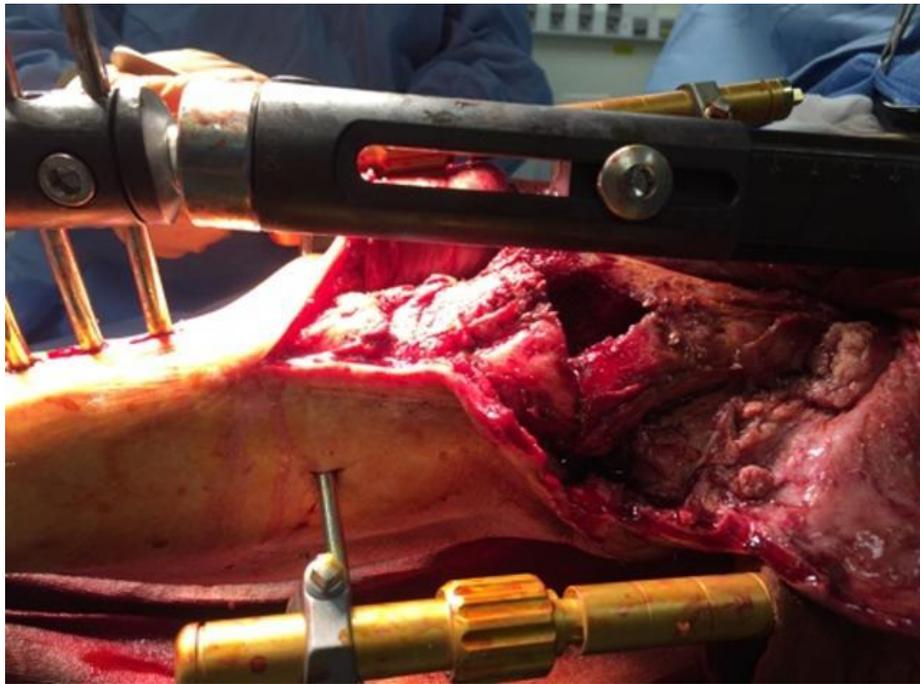
« ne pas faire la prothèse de trop ! »



rupture appareil extenseur, exposition spacer



Arthrodèse/lambeau



Arthrodèse sur clou si stock osseux insuffisant



Le traitement palliatif

La fistulisation chronique

- Si aucune autre alternative n'est envisageable (état général...)
- Et que la tolérance fonctionnelle est acceptable.
- Pas d'antibiothérapie au long cours dans notre expérience.



DELAI = (intervention ou bactériémie) - début infection

< 1 mois

> 1 mois

Lavage +
Chgt PE

Chgt 1 temps
possible si sans
ciment

Changement
possible

Appareil
extenseur
déficient

Malade
inopérable

Germe **Ostéite**
+++

sensible

inconnu
ou multi
résistant

Chgt
1 tps

Chgt
2 tps

arthrodèse

fistulisation

Cas limite :

PTG charnière septique

- 3^e changement prothétique.
- Altération majeure du stock osseux.
- Sepsis authentifié , germe multirésistant.
- Appareil extenseur OK.
- Couverture cutanée OK.

#1: 01-Feb-2012 14:51
Ac: A10210588111
Series: 9999



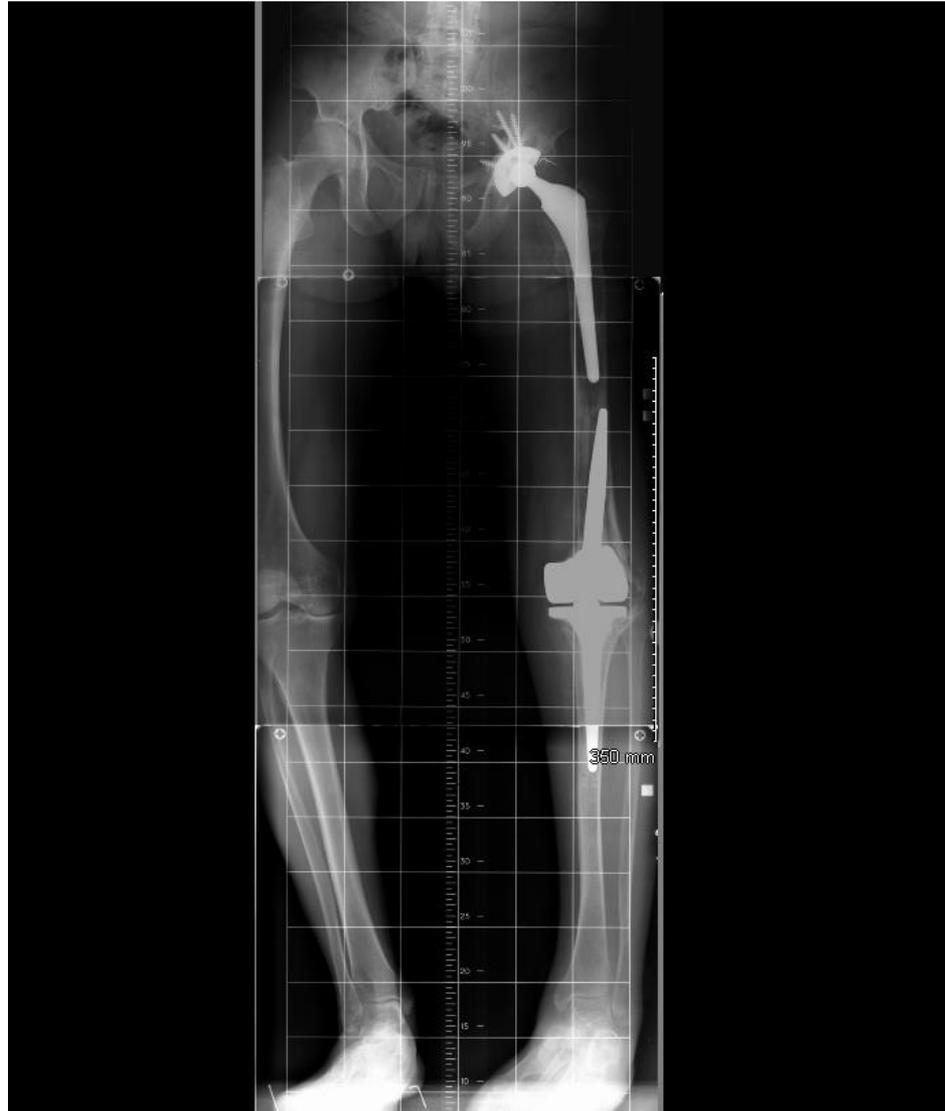
W610021-516

#1: 01-Feb-2012 14:51
Ac: A10210588111
Series: 9999



W610021-516

ça se complique !!!
ancrage proximal impossible...
(Bactério PTH négative)



Que faire ?

- Abstention/fistulisation ? ... impotence fonctionnel majeure et fémur préfracturaire.
- Arthrodèse sur FE ? ... stock osseux trop insuffisant.
- Changement isolé PTG ? ... pas d'ancrage proximal possible.
- Amputation ?...

Changement prothétique en 2 temps



fémur total recouvert d'argent

