Madame Stéphanie G.

Un long Chemin…..

Terrain

- Femme de 25 ans
- 76 kg 1.68 m IMC = 26,9
- Non sportive
- Agent Service Hospitalier

Antécédents

- Pas de FDR infectieux
- Pas de traitement

Histoire de la maladie

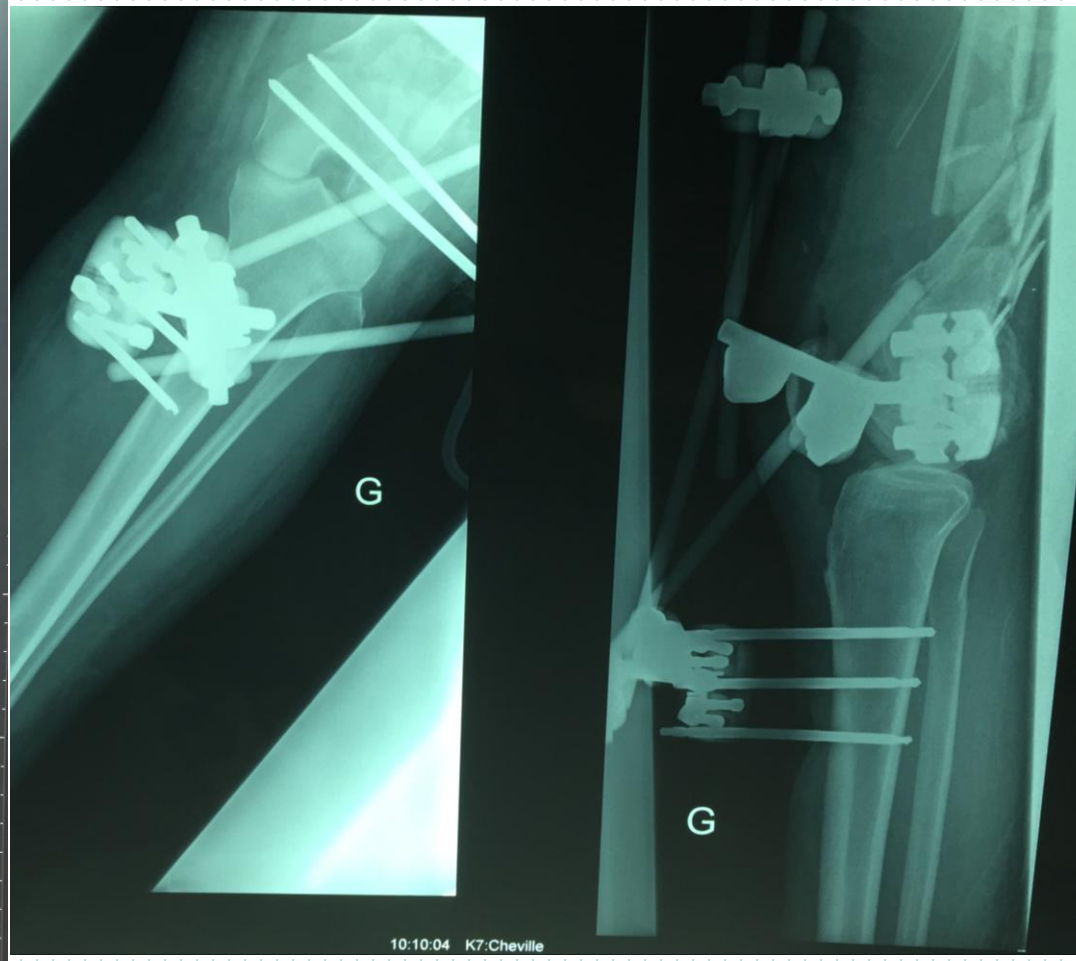
- **<u>AVP à haute cinétique sur route départementale le 7 janvier 2014:</u>**

- Fracture comminutive ouverte Gustillo 2 fémur gauche distal
- Fracture EIR gauche , ostéosynthèse par plaque (voie antérieure)
- PEC dans un établissement de proximité

Histoire de la maladie

- Prise en charge en urgence de la fracture du fémur gauche :

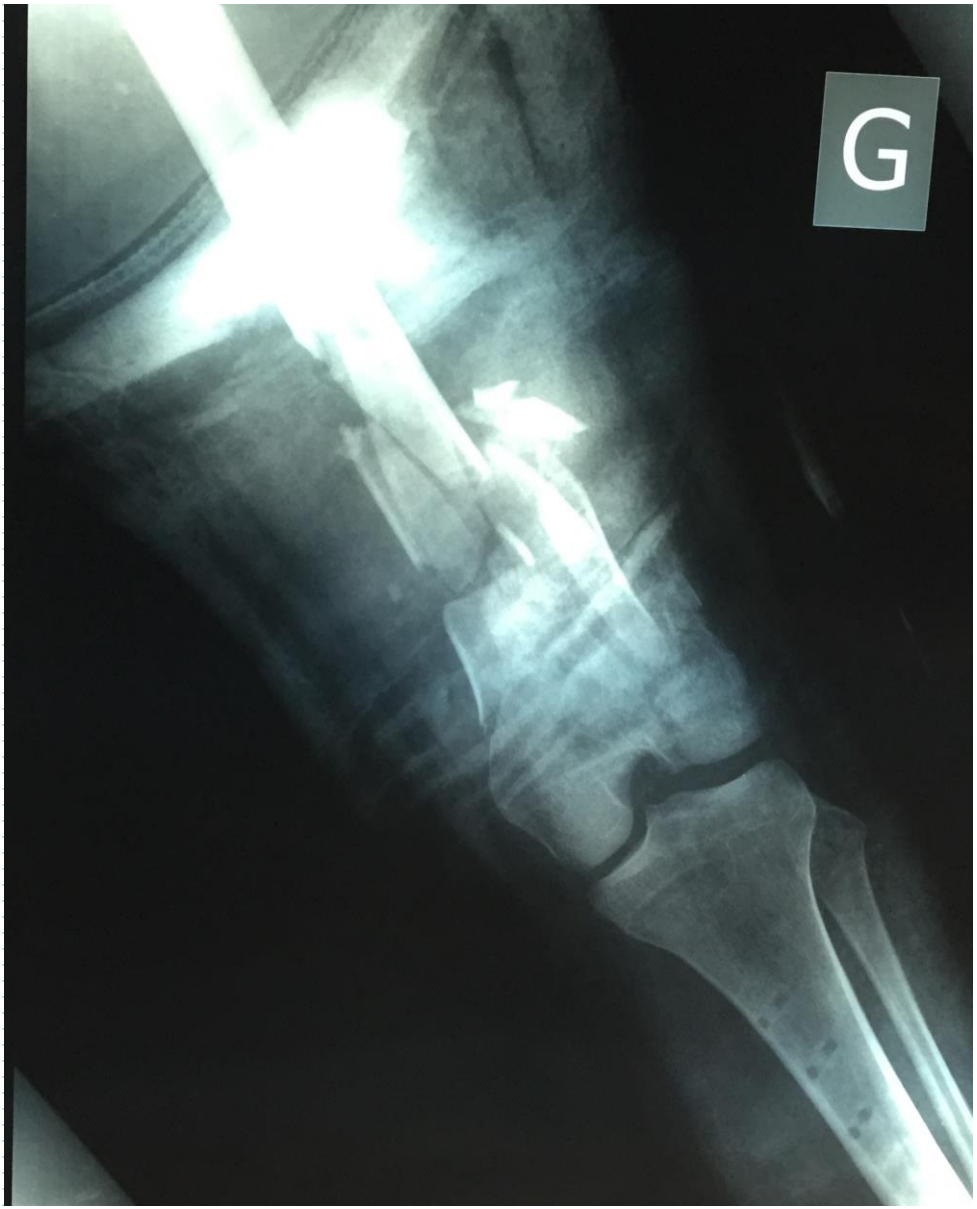
- Lavage du foyer de fracture , Parage de la plaie de cuisse antéro – interne
- Fixateur externe fémoro tibial gauche


G
G
10:10:04 K7:Cheville

Histoire de la maladie

J + 15

- Ablation du fixateur externe devant l’existence de signes d’infection d’une des fiches du fixateur externe


G

Histoire de la maladie

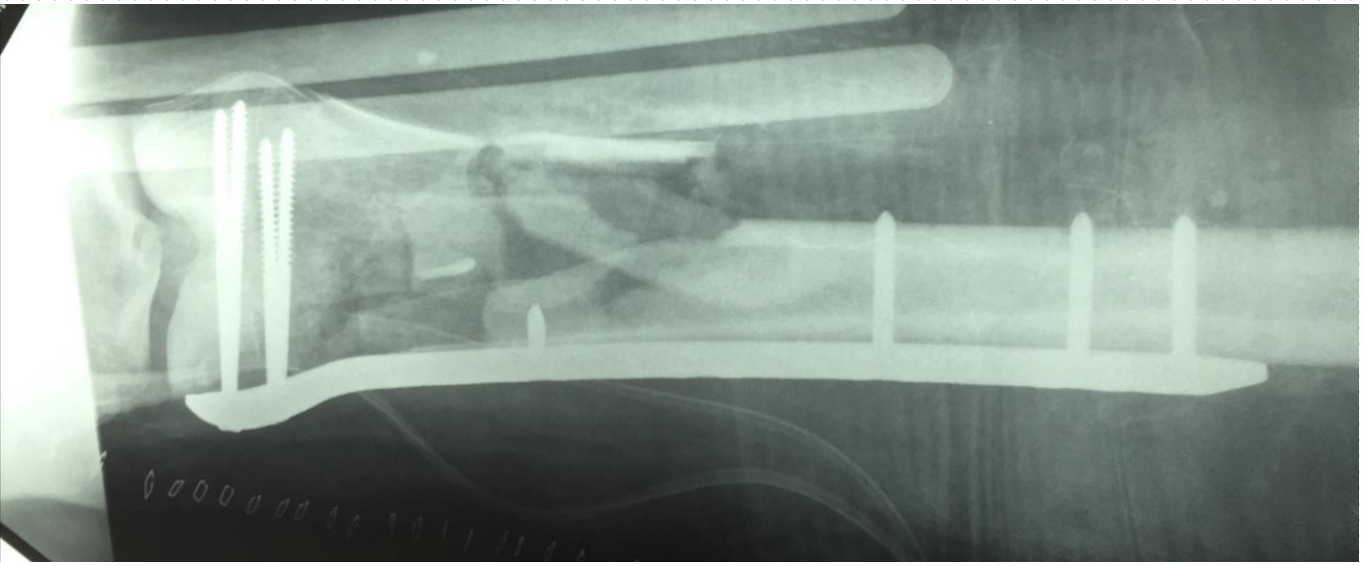
- **<u>J + 30 :</u>**
- Reprise chirurgicale pour réduction ostéosynthèse à foyer ouvert par une voie antéro-externe cuisse gauche :

  Plaque externe fémur gauche
- Puis appui total

- <u>Germes</u> : *Staphylococcus haemolyticus* multirésistant
- <u>Antibiothérapie</u> : - Lincomycine 600 mg 3x/j 3 mois

  - Ac Fusidique 500 mg 3x/j 3 mois

(Attention risques d'interactions)

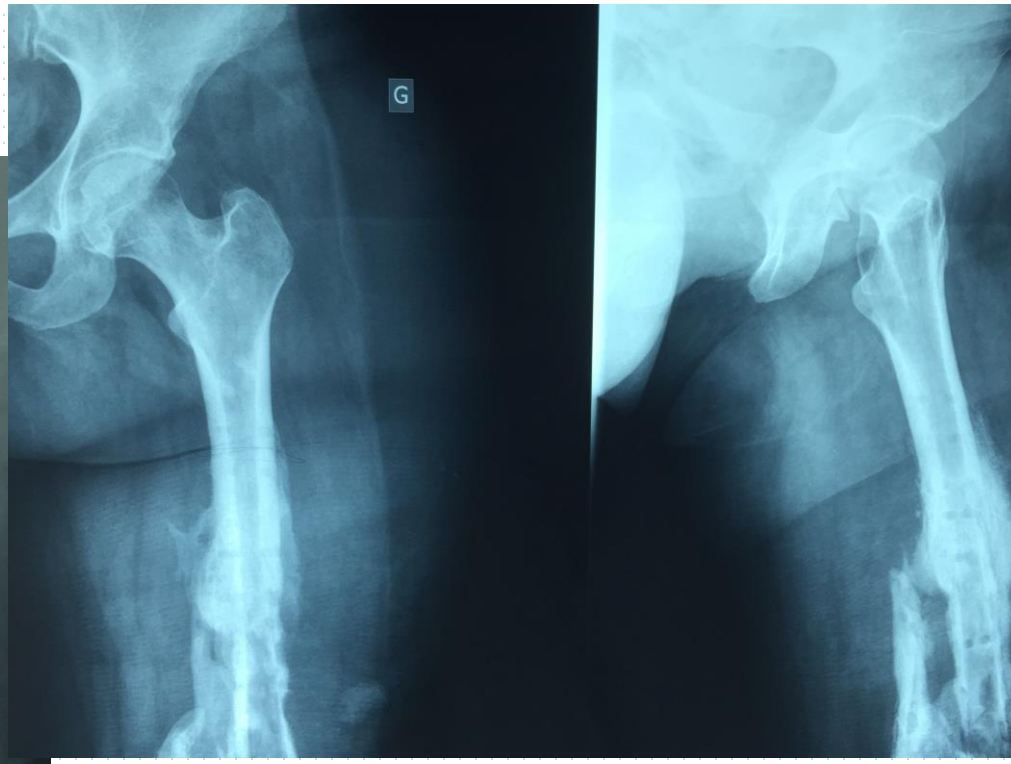


Histoire de la maladie

- **<u>+ 7 mois :</u>**
- Dépose de la plaque de fémur car Pseudarthrose septique associée à une pandiaphysite du fémur gauche

- Quelle antibiothérapie proposez vous ?

- Antibiothérapie probabiliste
  - Large spectre :
    - Daptomycine 700mg et Pipéracilline Tazobactam 4gx3/j
    - Autres options anti SAMR et anti enterobacteries ou pyo avec résistance Céphalosporine ou BLSE en fonction de l'écologie locale ou de celle de la patiente.



Votre Diagnostic ?

Histoire de la maladie

Germes : *Klebsiella pneumoniae*

Staphylococcus aureus métiS

Staphylococcus capitis

Demande n°142532145 du 10/09/14 à 17:11 2054 - TRAUMATO E

ANTIBIOGRAMME testé sur *Klebsiella pneumoniae*

Bêtalactamines	
Amoxicilline	**Résistant**
Amox+ac.clavul	**Résistant**
Ticarcilline	**Résistant**
Ticarcilline+ac.clavul.	**Résistant**
Piper-Tazobactam	**Résistant**
Cefalotine	Intermédiaire
Cefotaxime	Sensible
Ceftazidime	Sensible
Carbapénèmes	
Imipénème	Sensible
Aminosides	
Amikacine	Sensible
Gentamicine	Sensible
Quinolones - Fluoroquinolones	
Ciprofloxacine	Sensible
Ofloxacine	Sensible
Sulfamides	
Triméth-Sulfaméthoxazole	Sensible

TIBIOGRAMME testé sur *Staphylococcus aureus*

lactamines	
Penicilline G	
Oxacilline	Sensible
nosides	Sensible
Gentamicine	
Tobramycine	Sensible
Amikacine	Sensible
olones - Fluoroquinolones	Sensible
Ofloxacine	
rolides	Sensible
Erythromycine	
rgistines - Lincosamides	**Résistant**
Lincomycine	
Pristinamycine	Sensible
zolidinones	Sensible
Linézolide	
opeptides	Sensible
Teicoplanine	
Vancomycine	Sensible
ines	Sensible
Tétracycline	
rs	Sensible
Fosfomycine	
Acide fusidique	Sensible
mycines	Sensible
Rifampicine	
amides	Sensible
Triméth-Sulfaméthoxazole	
	Sensible

TIBIOGRAMME testé sur *Staphylococcus capitis*

lactamines	
Penicilline G	Sensible
Oxacilline	Sensible
inosides	
Gentamicine	Sensible
Tobramycine	Sensible
Amikacine	Sensible
inolones - Fluoroquinolones	
Ofloxacine	Sensible
crolides	
Erythromycine	Sensible
nergistines - Lincosamides	
Lincomycine	Sensible
Pristinamycine	Sensible
azolidinones	
Linézolide	Sensible
ycopeptides	
Teicoplanine	Sensible
Vancomycine	Sensible
clines	
Tétracycline	Sensible
ers	
Fosfomycine	**Résistant**
Acide fusidique	Sensible
amycines	
Rifampicine	Sensible
famides	
Triméth-Sulfaméthoxazole	Sensible

Histoire de la maladie

- Antibiothérapie mise en place,
  - Antibiothérapie : - Céfotaxime : 9g/ j en IV + Ofloxacine 600mg PO pdt 3 mois

Histoire de la maladie

- Mauvaise évolution : Pseudarthrose septique persistante

- Quelle technique chirurgicale proposez vous ?

Histoire de la maladie

- Mauvaise évolution : Pseudarthrose septique persistante

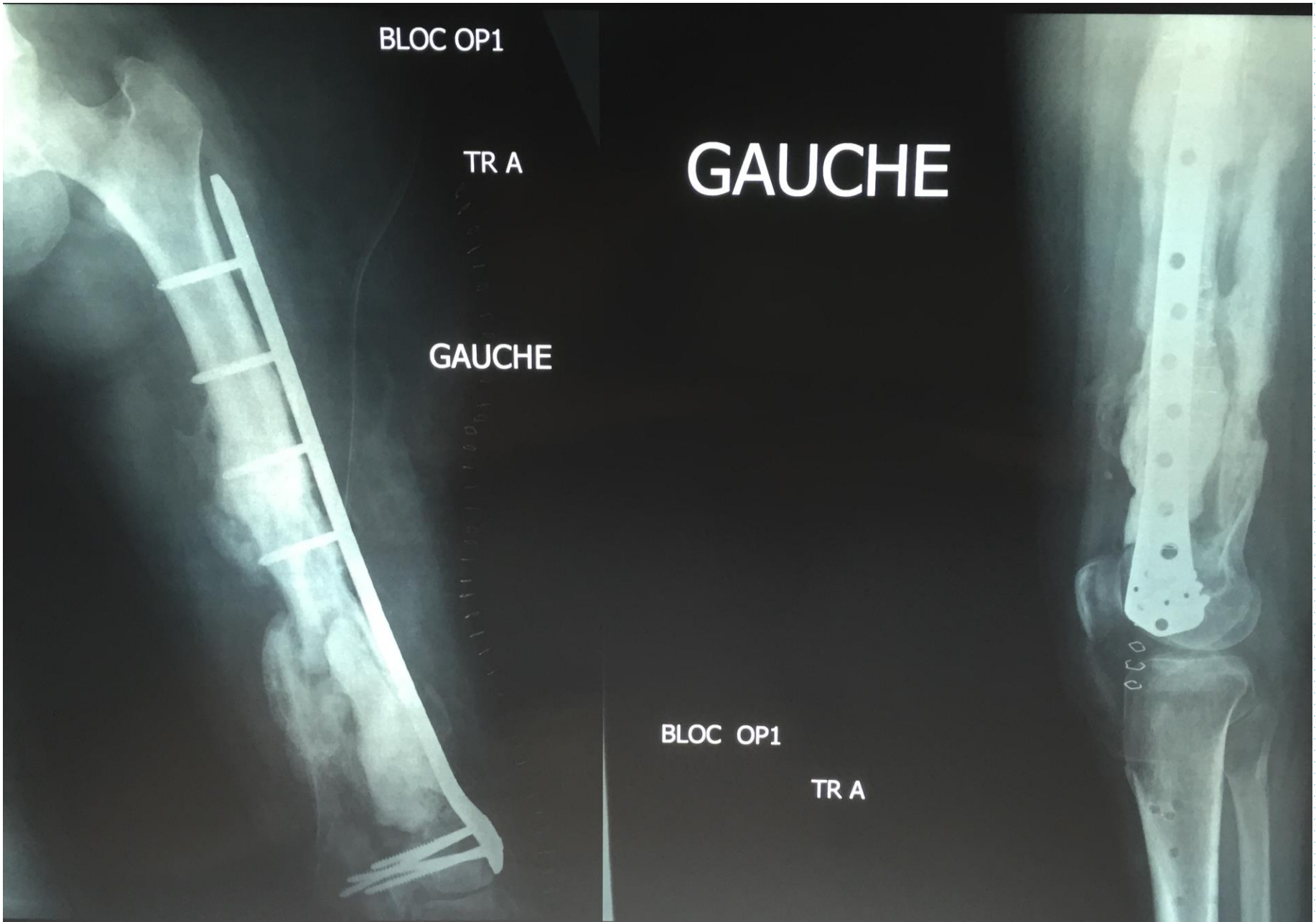
- Quelle technique chirurgicale proposez vous ?

→ Décision de reprise chirurgicale par technique de la membrane induite en 2 temps

Histoire de la maladie

- **<u>1er temps à + 9 mois du traumatisme :</u>**
- Exérèse en bloc du foyer de pseudarthrose
- Cimentoplastie
- Ostéosynthèse plaque externe du fémur distal

- <u>Germes</u> : négatif


BLOC OP1
TR A
GAUCHE
GAUCHE
BLOC OP1
TR A

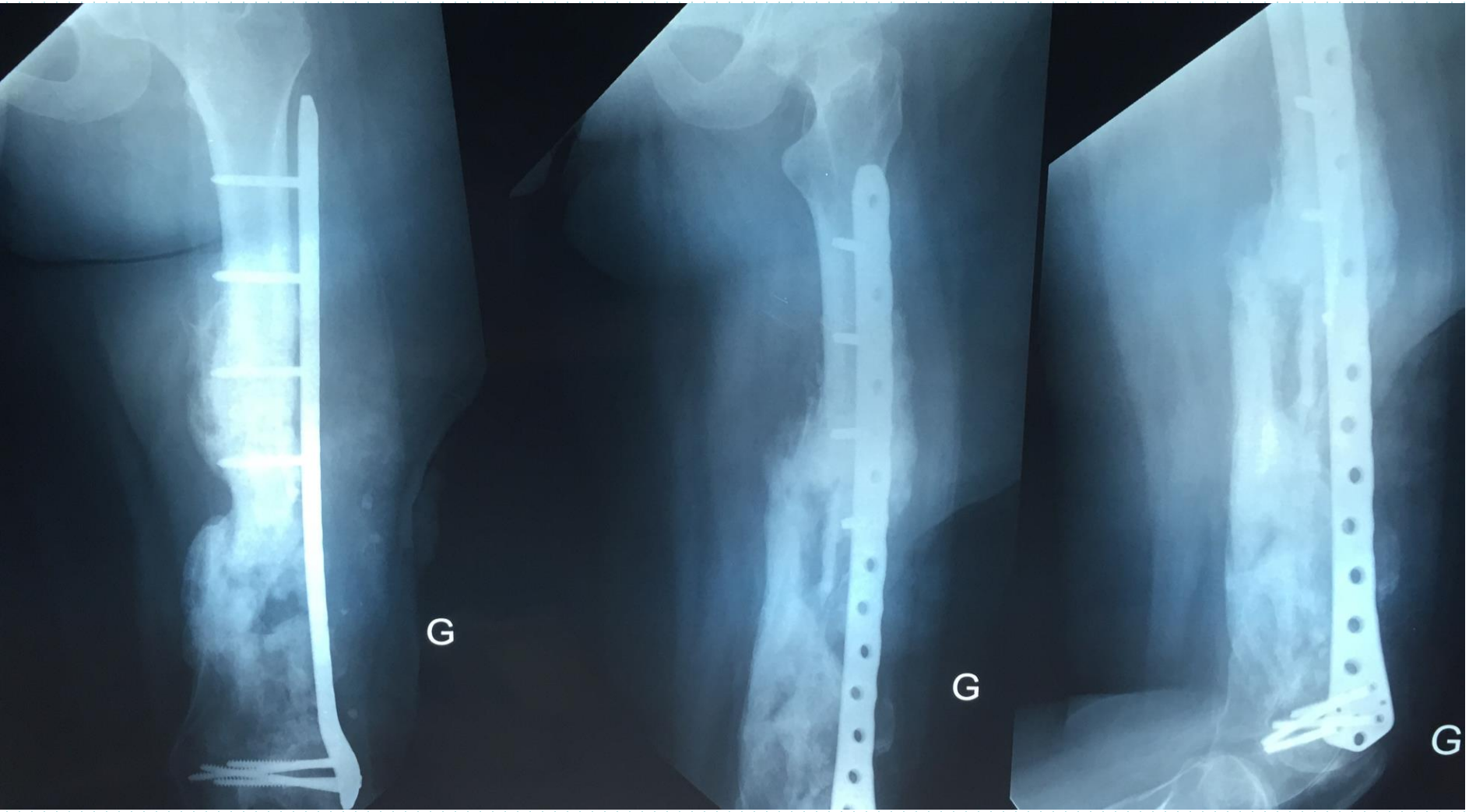
Histoire de la maladie

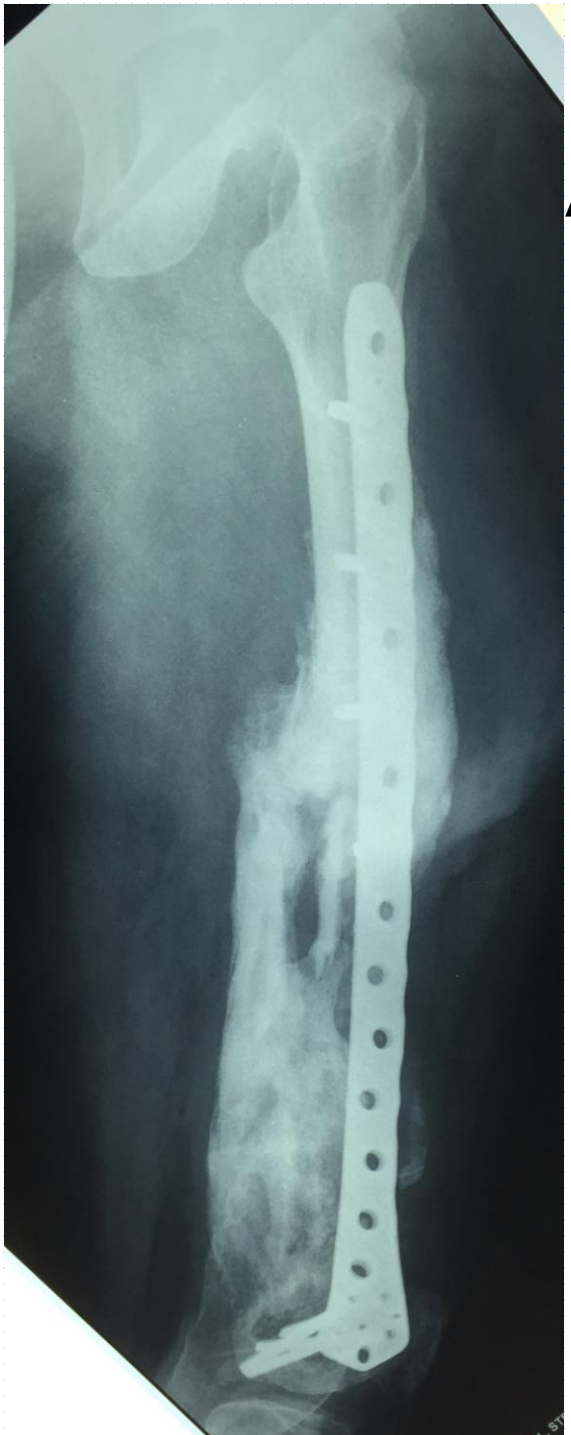
- **<u>2è temps 2 mois plus tard :</u>**

- Autogreffe spongieuse prélevée au fémur droit (technique RIA)
- Puis appui partiel

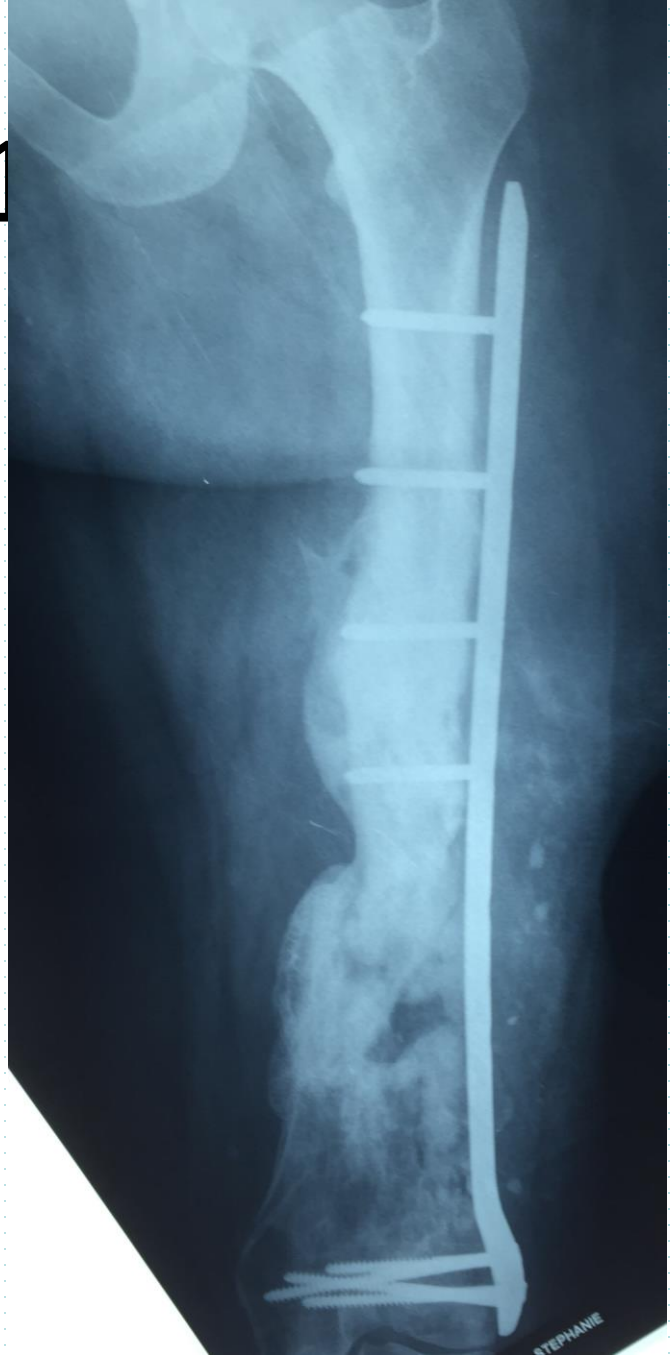
- <u>Germes</u> : négatif (y compris mycologie)

- <u>Antibiothérapie</u> : Levofloxacine :500mgx2/j 3 mois
  Bactrim forte :1-1-1 3 mois


G
G
G



Av 1



Histoire de la maladie

- **<u>1,5 ans du traumatisme :</u>**
- Reprise chirurgicale devant l'existence de 3 fistules productives à la partie basse de la cicatrice :
- Lavage, exérèse de séquestres osseux

- <u>Germes</u> : *Streptococcus sanguinis*

TIBIOGRAMME testé sur *Streptococcus sanguinis*

alactamines	
Penicilline G	Sensible
Amoxicilline	Sensible
Cefotaxime	Sensible
inosides	
Gentamicine HR	Intermédiaire
Amikacine	Intermédiaire
crolides	
Erythromycine	Sensible
ergistines - Lincosamides	
Lincomycine	Sensible
Pristinamycine	Sensible
inolones - Fluoroquinolones	
Ofloxacine	Intermédiaire
Lévofloxacine	Sensible
copeptides	
Vancomycine	Sensible
Teicoplanine	Sensible
ers	
Fosfomycine	Sensible
amycines	
Rifampicine	Sensible
famides	
Triméth-Sulfaméthoxazole	Sensible

Histoire de la maladie

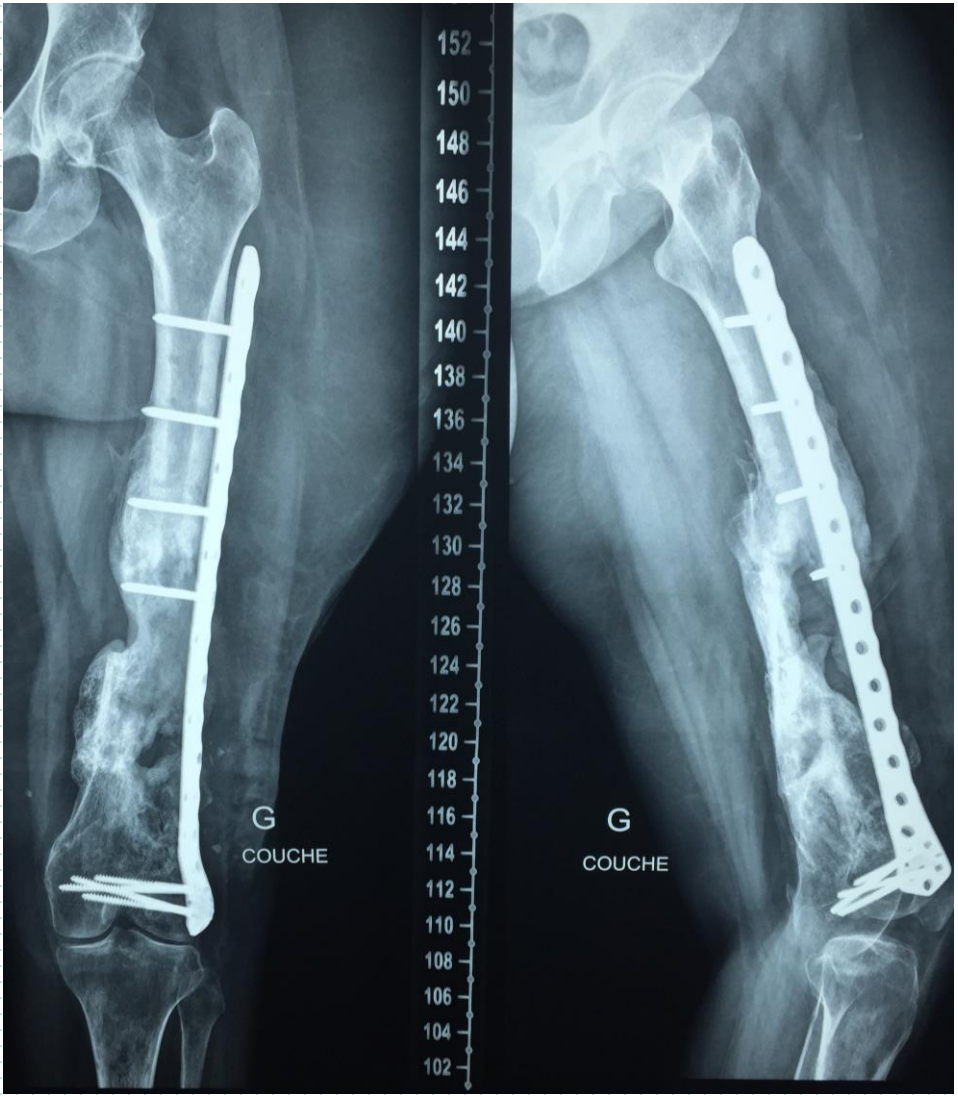
- Germes : *Streptococcus sanguinis*
- Quelle antibiothérapie proposez vous ?

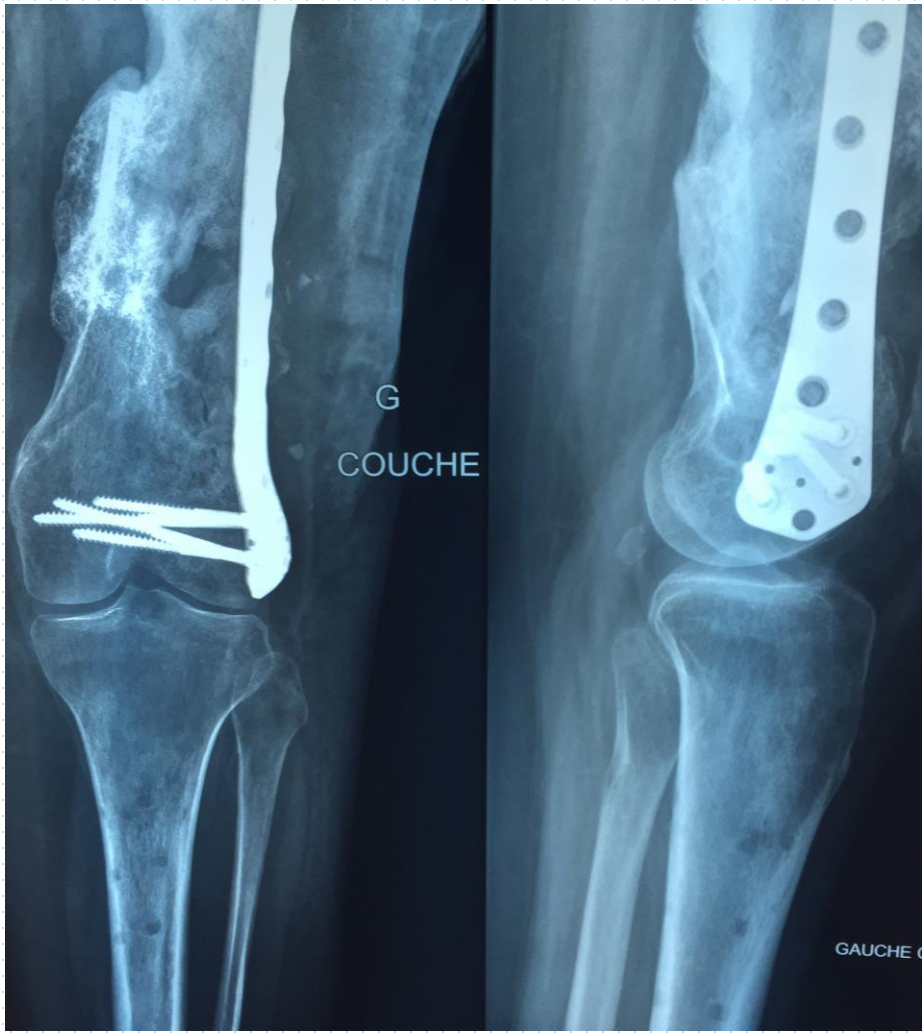
Histoire de la maladie

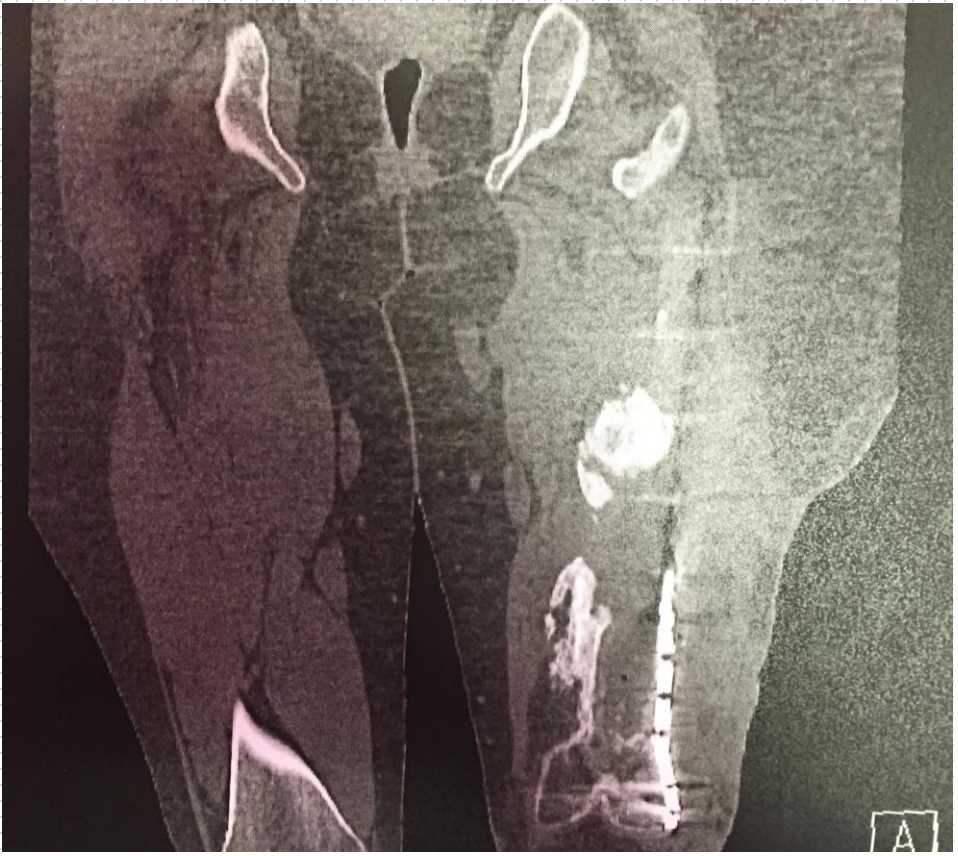
- Germes : *Streptococcus sanguinis*
- Antibiothérapie : - Rifampicine : 600 mg 1-0-1
- - Levofloxacine :500 mg 1-0-1
-

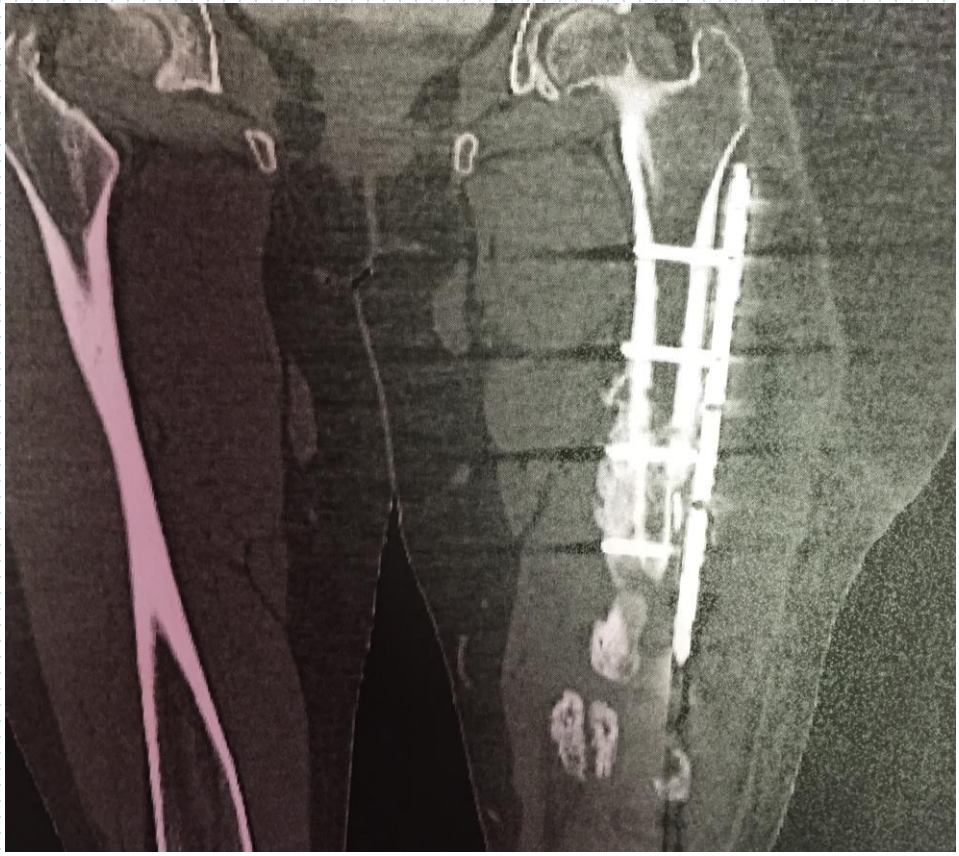
HDLM

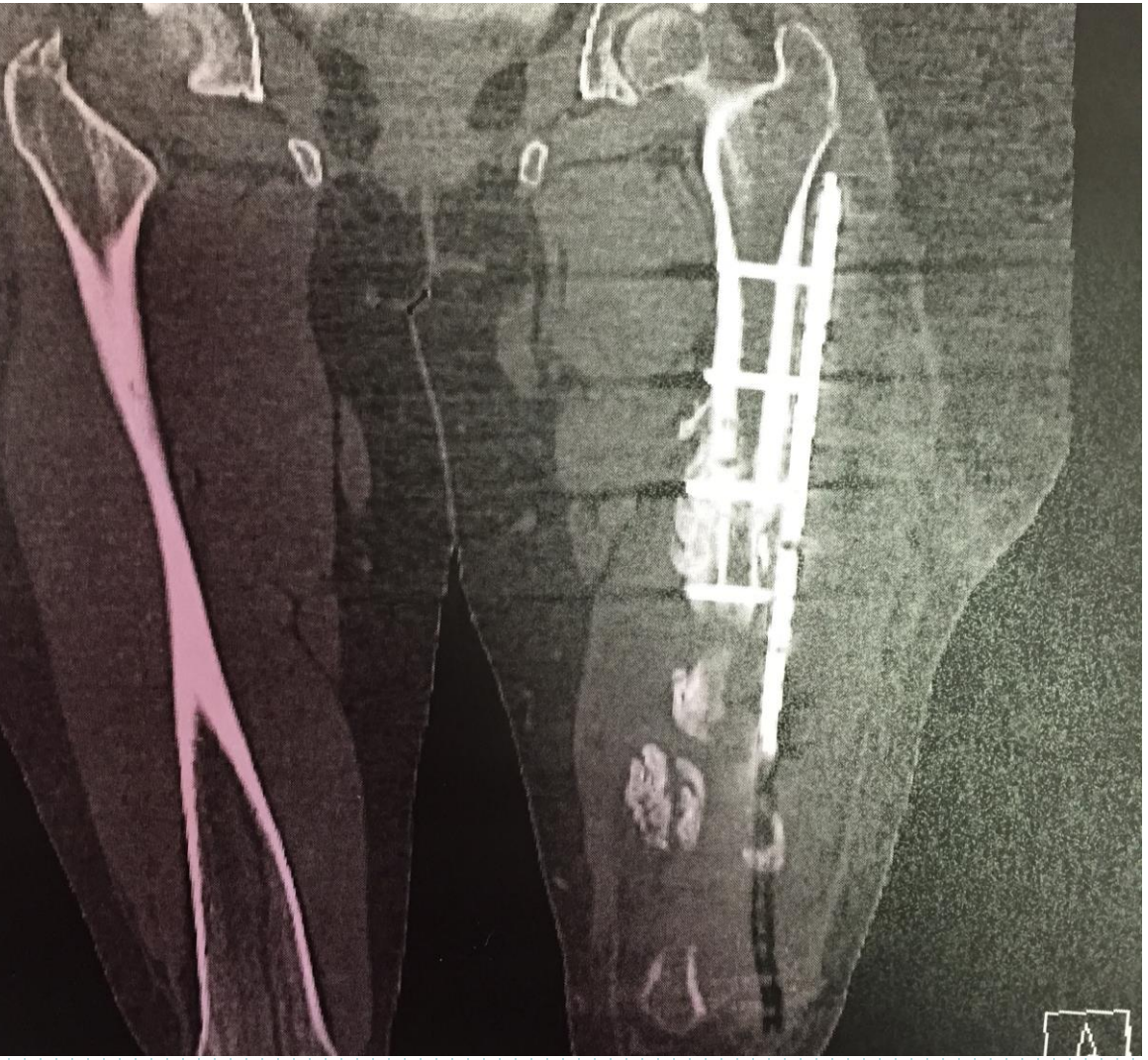
- + 20 mois de l'AVP, + 2 mois du dernier lavage
- Transférée au Dr Roche au CCEG pour prise en charge chirurgicale :
- Pas d'appui depuis la chirurgie de juin
- Pas de douleurs
- Cicatrice avec écoulement à la partie moyenne
- Bilan biologique à l'arrivée : Pas d'hyperleucocytose, CRP = 80 mg/L

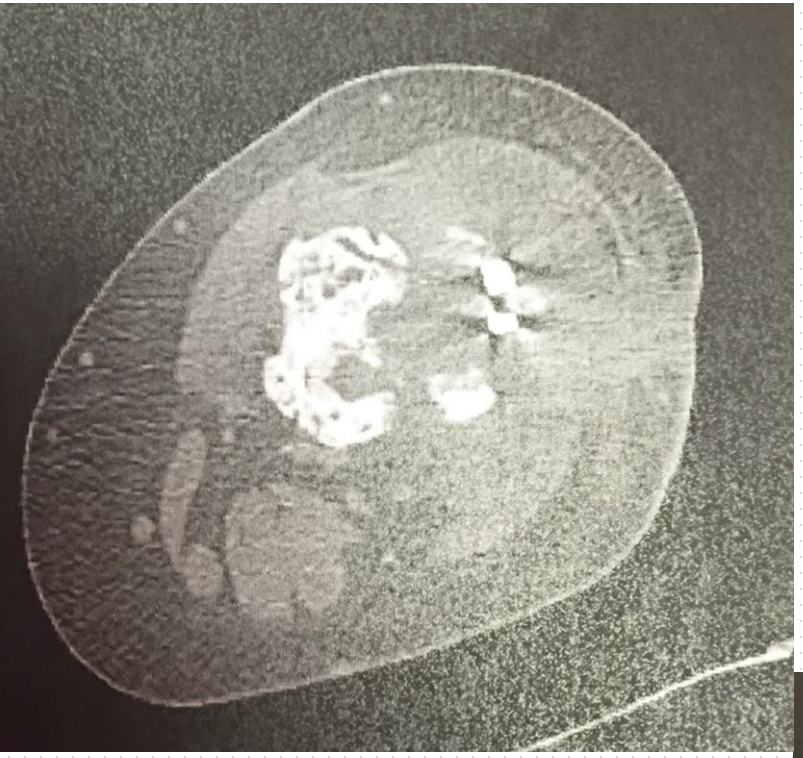

152
150
148
146
144
142
140
138
136
134
132
130
128
126
124
122
120
118
116
114
112
110
108
106
104
102
G
COUCHE
G
COUCHE

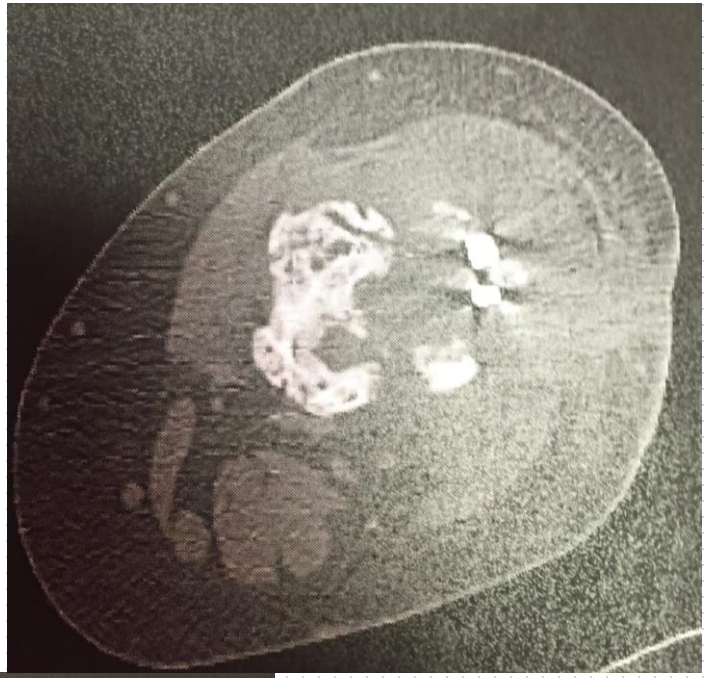

G
COUCHE
GAUCHE

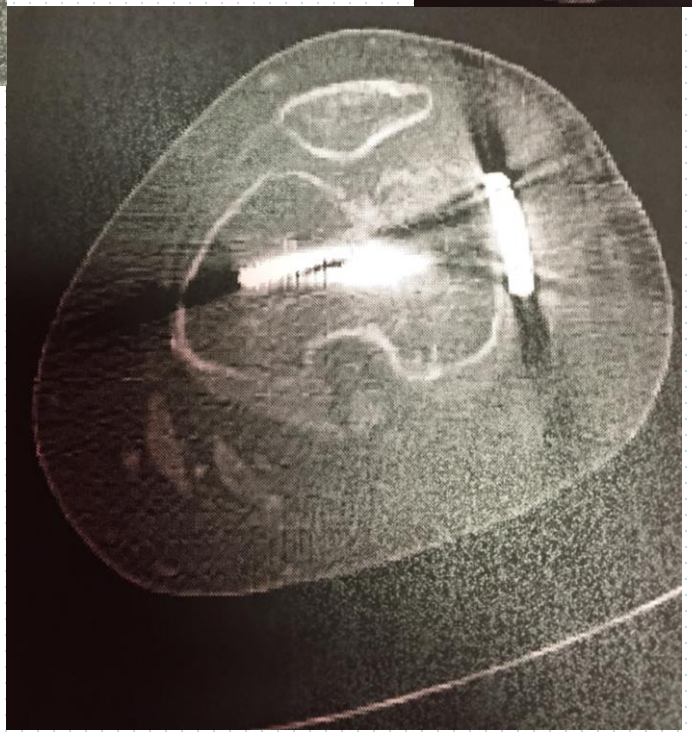

A




A







Proposition thérapeutique CRIOAC

- Vous décidez d'une prise en charge chirurgicale en 2 temps. Que faites vous lors du 1er temps ?

Proposition thérapeutique CRIOAC

- **Reprise chirurgicale en 2 temps :**

- 1er temps : Stérilisation de l'ostéite le 01/07/2015 (1 mois de la dernière consultation)

- Lavage chirurgical
- Défect cortical antéro-externe majeur sur 15 cm de hauteur
- Dépose Repose de la plaque fémorale
- Ostéosynthèse plaque LCP
- Cimentoplastie - Spacer
- Prélèvements bactériologiques

100 mm

100 mm

Bactériologie

- Quelle antibiothérapie probabiliste proposez vous ?

Bactériologie

- Antibiothérapie probabiliste par
  - Piperacilline –Tazobactam 4gx3/j
  - Vancomycine 1g sur 1 h et 30mg/kg/j
- Prélèvements per opératoires :

  3/5 : *Clostridium septicum*
- Quelle antibiothérapie adaptée proposez vous ?

Dossier : 21507020035

ANTIBIOGRAMME

Germe étudié : Clostridium septicum

Origine du prélèvement : OS

Amoxicilline+Ac.clav	SENSIBLE	Augmentin
Pipéracilline	SENSIBLE	Piperilline
Pipéracilline+Tazobactam	SENSIBLE	Tazocilline
Ticarcilline+Ac.clav.	SENSIBLE	Claventin
Céfoxitine	SENSIBLE	Mefoxin
Imipénème	SENSIBLE	Tienam
Clindamycine	SENSIBLE	Dalacine
Chloramphénicol	SENSIBLE	Tifomycine, Thiophenicol
Métronidazole	SENSIBLE	Flagyl

Bactériologie

Prélèvements per opératoires :

3/5 : *Clostridium septicum*

- Quelle antibiothérapie adaptée proposez vous ?
  - Metromidazol :500mgx3/j po
  - Piperacilline +Tazobactam IV

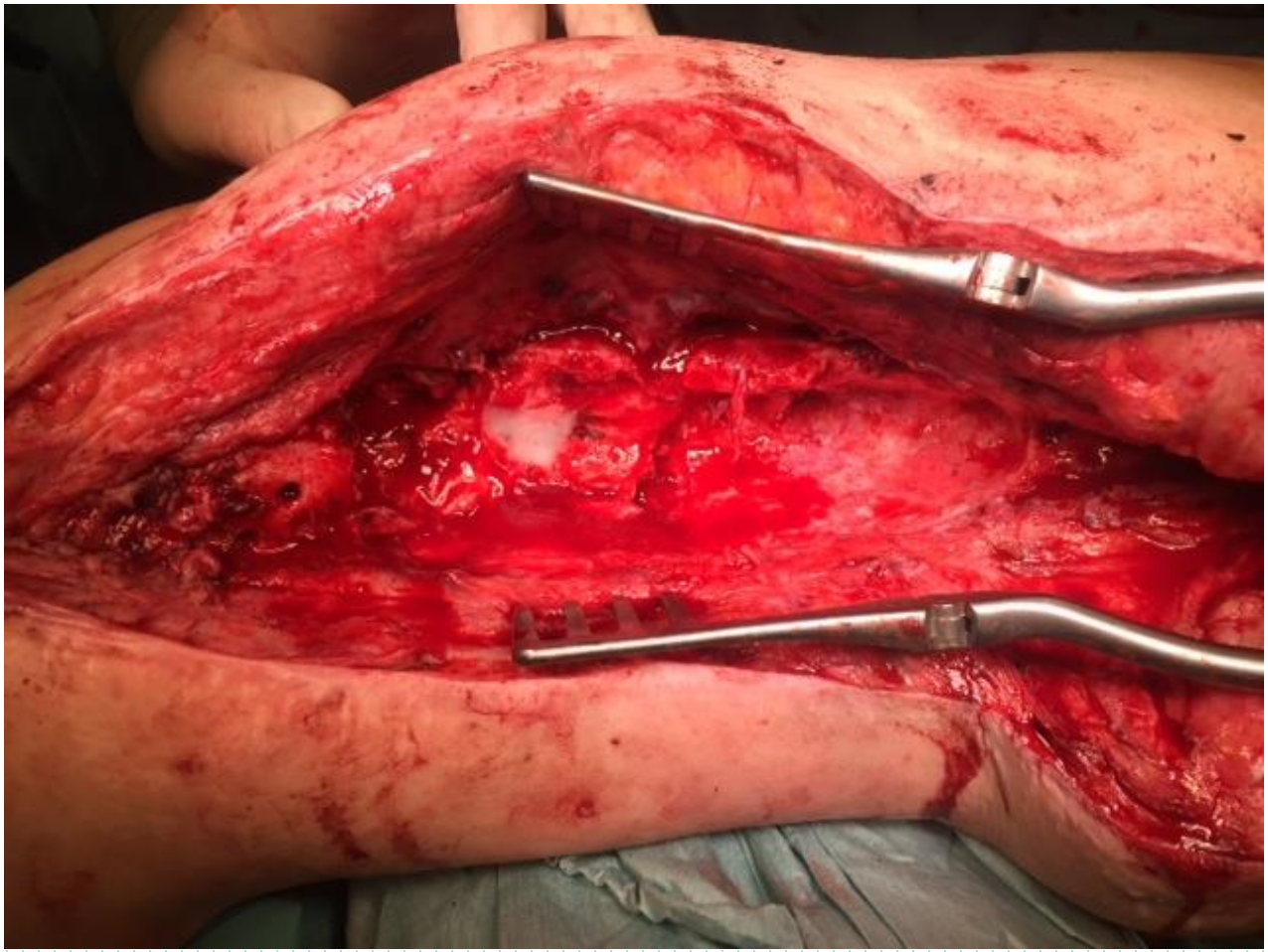
Pendant 3 mois

Suite de la prise en charge

- Que faites vous lors du 2ème temps chirurgical ?

Suite de la prise en charge

- Retrait du ciment
- Nouveaux prélèvements bactériologiques
- Avivement du fut diaphysaire
- Reconstruction fémorale : Péroné vascularisé homolatéral libre
- A 3 mois du 1er temps
- Plaque de fémur distal verrouillée



734
FA©mur
100 mm
100 mm
198.0/2619.0 [Image]
[1] - all / 1
CTRXAB
A10805881734
100 mm
VOI: C/W 2093.0/2682.0 [Image]
[2] - all / 1

- Bactériologie négative + ADN 16 s Négatif
- Suites simples
- Retrait du matériel en …. 2019

G DEBOUT
CENTRE

G DEBOUT
CENTRE