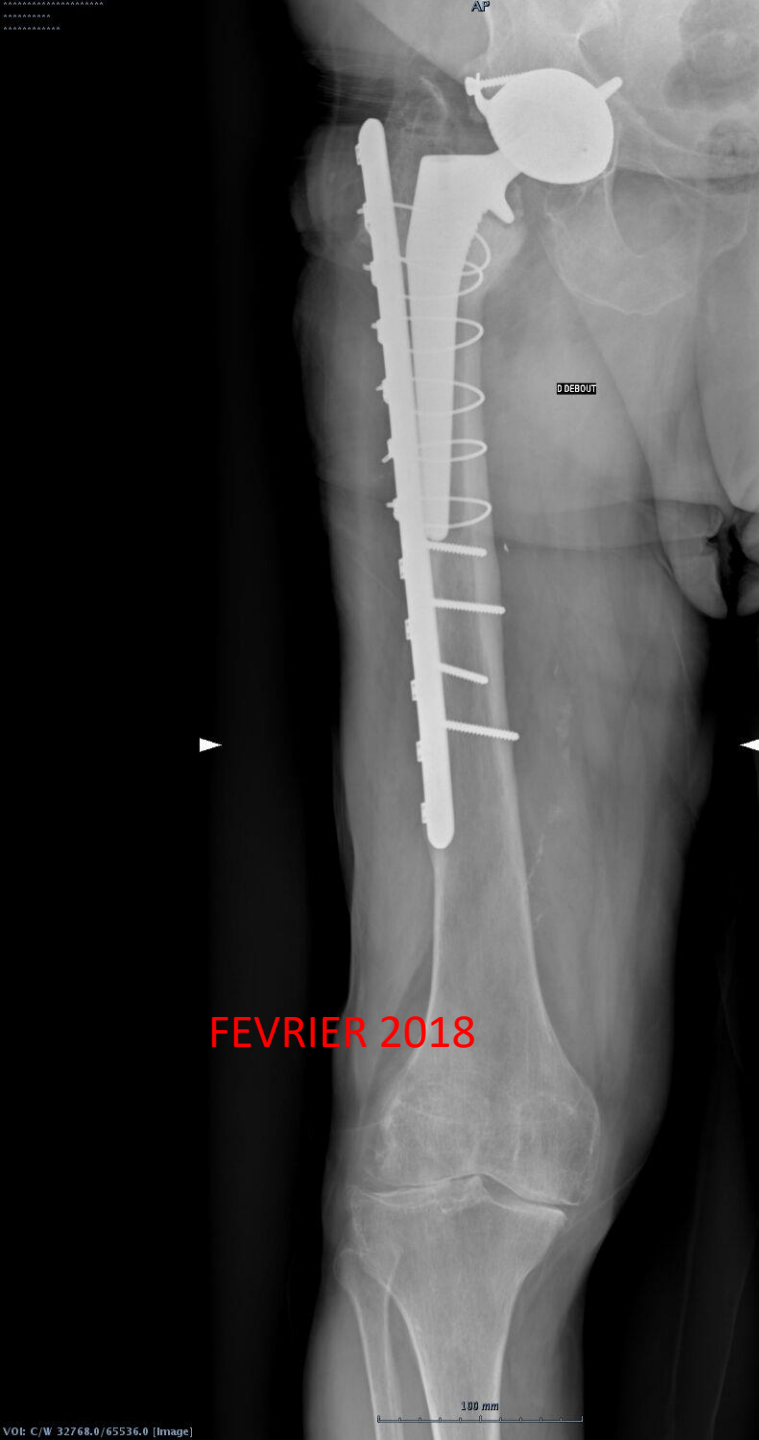
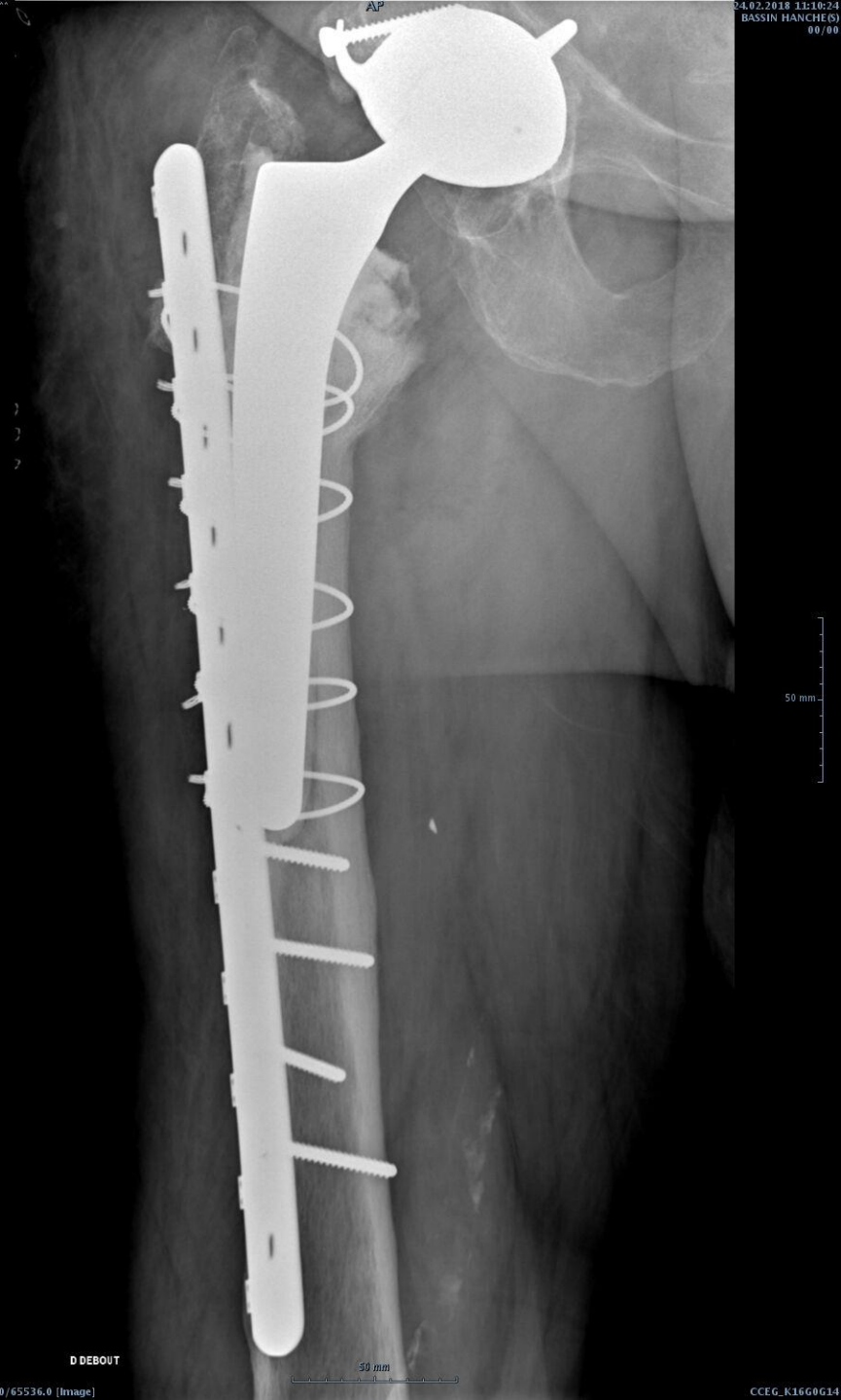


Mr Dominique P.
63 ans

- Homme de 63 ans
- 178cm/ 100kg
- Retraité
- Antécédents : HTA / ACFA
- PTH à droite en 2009 sur fracture du col
- Ostéosynthèse péri prothétique sur fracture en 2016
- Dépose/Repose PTH en février 2018 pour descellement aseptique





FEVRIER 2018

- + 3 mois de la D/R => Ecoulement cicatriciel avec désunion à la partie basse de la cicatrice, CRP à 21mg/l
- Quel est votre diagnostic ? Quelle est votre prise en charge chirurgicale ?

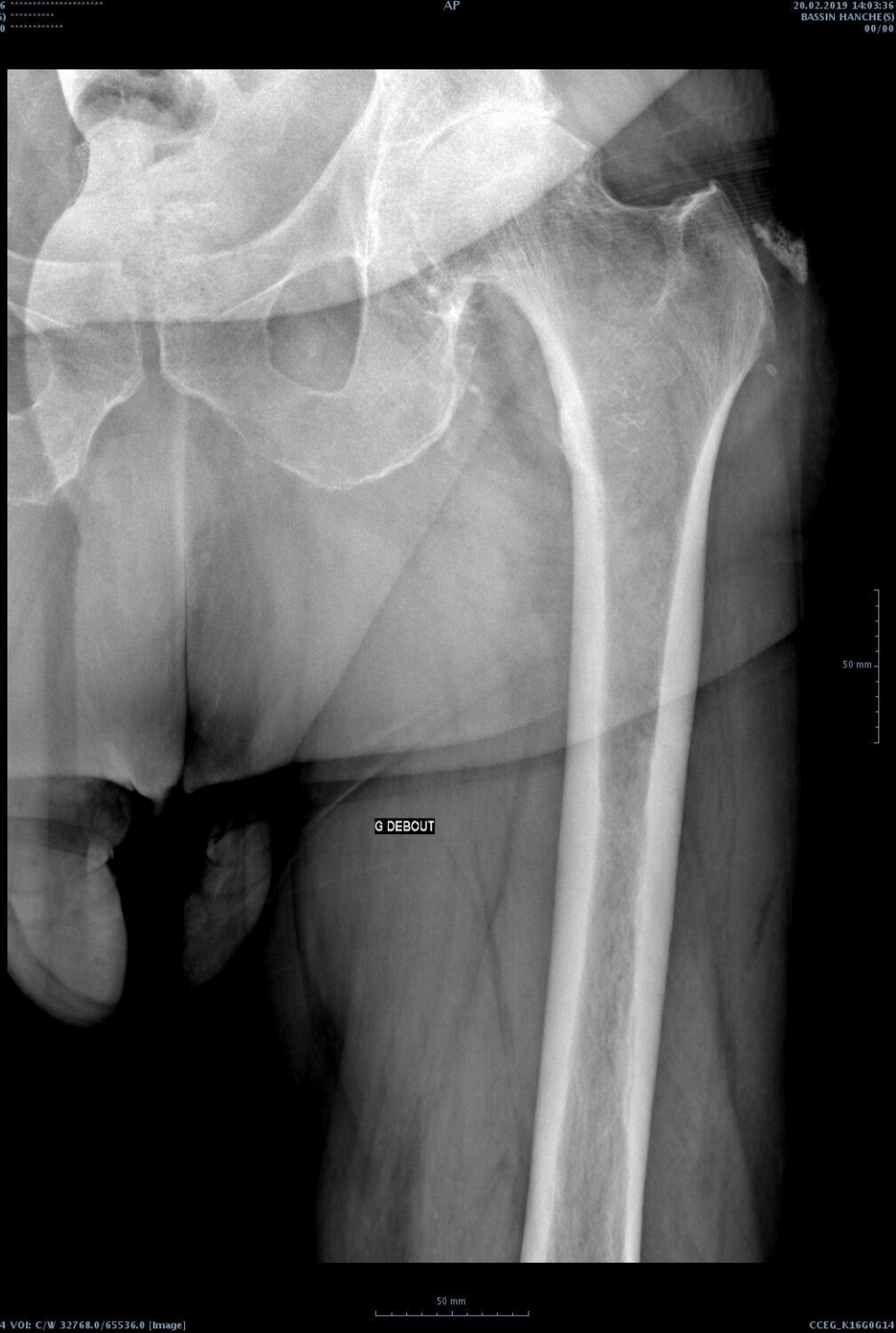
- + 3 mois de la D/R => Ecoulement cicatriciel avec désunion à la partie basse de la cicatrice, CRP à 21mg/l
- Quel est votre diagnostic ? Quelle est votre prise en charge chirurgicale ?
⇒ Infection sur prothèse, Reprise chirurgicale avec un parage/suture, lavage , changement des inserts + prélèvements profonds
⇒ Quelle est votre antibiothérapie probabiliste ?

- Ceftriaxone 2 g/j en intra-veineux + Vancomycine 1,5g dose de charge 1h puis 30 mg/kg/j en continu sur Picline (dosage taux résiduel entre 25 et 30mg/l surveillance fonction rénale)
- Les prélèvements per-opératoires étaient revenus positifs à *Staphylocoque épidermidis méti R*.
- Quelle est votre antibiothérapie adaptée ? Sur quelle durée?

Antibiotique testé	Résultats	CMI (mg/ L)
	1 : * <i>Staphylococcus epidermidis</i>	
		<i>CMI (mg/l)</i>
Pénicilline G	Résistant	> 0.25
Oxacilline	Résistant	
Kanamycine	Résistant	> 32
Tobramycine	Résistant	<= 1
Gentamicine	Résistant	4
Erythromycine	Résistant	> 4
Lincomycine	Sensible	<= 1
Pristinamycine	Sensible	<= 0.5
Tétracycline	Résistant	> 8
Ofloxacine	Résistant	> 4
Vancomycine	Sensible	1
Acide fusidique	Résistant	4
Triméthoprine+sulfaméthoxazole	Sensible	<= 10
Rifampicine	Sensible	<= 0.03
Fosfomycine	Sensible	<= 8
Linézolide	Sensible	1

- Arrêt de la ceftriaxone et relais après 15 j de la vancomycine par du Linezolid 600mgx2/j PO + rifadine 900mg
- Totalité du traitement 6 semaines
- Surveillance Hématologique
 - Possibilité de poursuivre la vancomycine associée à la rifadine
 - Daptomycine si sensible (doit être demandée)
 - Pas de Lincomycine car résistance de l'erythromycine par induction,
- A 6 semaines : Evolution cicatricielle satisfaisante, le bilan inflammatoire est normalisé.

- Février 2019 => Douleurs de dérouillage à la hanche droite et douleurs +++ à la hanche gauche
- Coxarthrose gauche particulièrement évoluée
=> PTH gauche en Avril 2019
- Suite simple bonne récupération





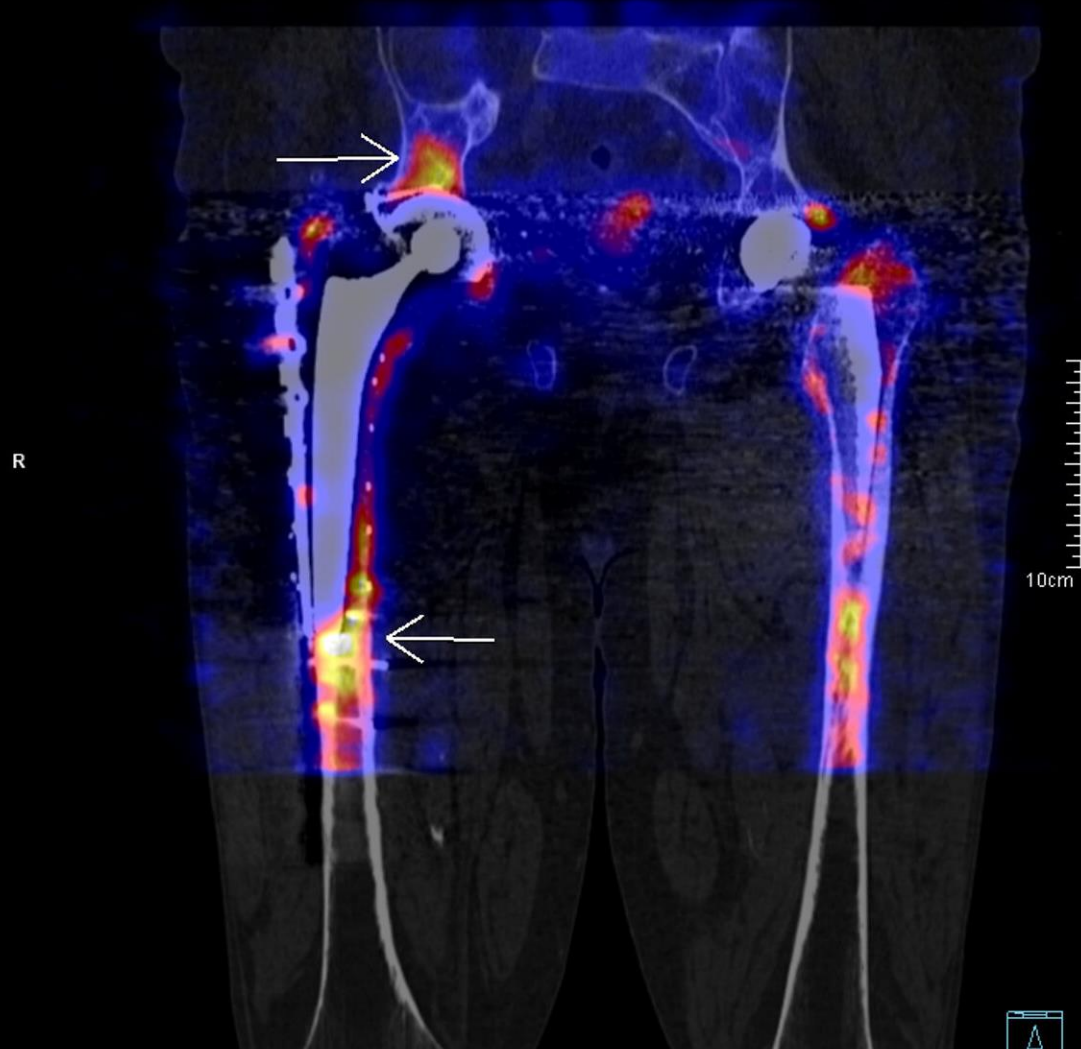
D DEBOUT NU PIED

100 mm

- Septembre 2019 (+18 mois)
- Devant persistance de douleurs **la hanche droite** et bilan inflammatoire perturbé (CRP 29)
- Réalisation d'un scanner et d'une scintigraphie osseuse.



Scintigraphie osseuse



SL 1,4

W	1500		T	6 %
C	450		B	0 %

- Quel est votre diagnostic ?
- Quelle est votre conduite à tenir chirurgicale
- Quel type d'implant ?

- Quel est votre diagnostic ?
- Quelle est votre conduite à tenir chirurgicale ?
Quel type d'implant ?
- Descellement bipolaire avec suspicion de récurrence septique.
- CAT: D/R en un temps avec ablation de plaque et mise en place d'une tige longue cimentée.
- Quelle est votre antibiothérapie probabiliste ?

- Quelle est votre antibiothérapie probabiliste ?
- ATB post op => Vacomycine dose de charge et 30mg/kg/j +Piperacilline tazobactam (4gx4)
- Les prélèvements sont positifs à *SEMR*
- Quelle est votre antibiothérapie adaptée ?

Antibiotique testé	Résultats	CMI (mg/ L)
	1 : * <i>Staphylococcus epidermidis</i>	
		<i>CMI (mg/l)</i>
Pénicilline G	Résistant	> 0.25
Oxacilline	Résistant	
Kanamycine	Résistant	> 32
Tobramycine	Résistant	<= 1
Gentamicine	Résistant	4
Erythromycine	Résistant	> 4
Lincomycine	Sensible	<= 1
Pristinamycine	Sensible	<= 0.5
Tétracycline	Résistant	> 8
Ofloxacin	Résistant	> 4
Vancomycine	Sensible	1
Acide fusidique	Résistant	4
Triméthoprim+sulfaméthoxazole	Sensible	<= 10
Rifampicine	Sensible	<= 0.03
Fosfomycine	Sensible	<= 8
Linézolide	Sensible	1

- Les prélèvements sont positifs à SEMR
- Quelle est votre antibiothérapie adaptée ?
- Arrêt de la Pipéracilline -tazobactam
 - VANCOMYCINE 30mg/kg/j en continue
 - RIFADINE 900mg x 1/j après dosage efficace de la vancomycine .

(Surveillance biologique de la fonction rénale et hépatique et dosage taux résiduel de vancomycine)

- A 6 semaines, constitution d'une insuffisance rénale imputée à l'antibiothérapie
- Que faites vous ?

- A 6 semaines insuffisance rénale imputée à l'antibiothérapie malgré des dosages de vancomycine réguliers ,
- Que faites vous ?
- Arrêt de l'antibiothérapie par vancomycine et rifadine switch par ZYVOXID 600 mg x 2/j pour encore 4 semaines
 - Surveillance Hématologique hebdomadaire
- Autre options cotrimoxazole (Bactrim Fort*)cp x3/j + Rifampicine mais risque niveau du rein. Ajout e speciafoldine *

- Evolution favorable sous antibiothérapie
 - Bilan biologique de contrôle 1x/mois les 3 premiers mois puis 1x/ 3 mois,
 - Bilan suivi chirurgical et infectieux 1 mois après l'arrêt de l'antibiothérapie puis tous 3 mois.
- A un an de suivi CRP négative clinique satisfaisante .

166

CENTR

