



CENTRES DE RÉFÉRENCE
POUR LES INFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES COMPLEXES
DU GRAND OUEST

CRIOGO

Comment réaliser et surveiller une fistulisation dirigée

S. Touchais

La fistulisation

- Sujet âgé ne pouvant être opéré d'un changement de prothèse
- Moins invalidant que arthrodeèse ou amputation
- Permet de conserver une autonomie
- Technique rigoureuse
- Pas d'ATB au long cours sauf....

Réalisation

- Réaliser un lavage si possible
 - afin de diminuer la charge bactérienne
 - dépend de l'avis de l'anesthésiste
 - de l'état du patient et de son choix
 - d'effectuer des prélèvements pour connaître le ou les germes

Réalisation

- Drainage le plus direct possible
- En regard de l'articulation
- En position de déclive
- Avec 3 redons de 16 mis côte à côte
- Ils peuvent être mis dans la cicatrice

Réalisation

- Si échec sur une voie antérieure de hanche, il faut faire une contre incision en postérieur
- Sur une PTG la fistule est souvent réalisée en interne mais la poche de stomie peut gêner
- Attention à la position de l'articulation



Fistulisation chez un patiente
marchante

La fistulisation serait mieux
située en position déclive





Patient non marchant avec
un flexum du genou
Le patient est mis au fauteuil
2 fois 2 heures par jour
La fistule n'est pas déclive
Mais il ne faut surtout pas réaliser
une fistule en antéro-externe
pour ne pas risquer un escarre



Pour être déclive lors qu'il est au fauteuil, il vaut mieux réaliser une fistule en antéro-interne



Réalisation

- Drainage normal tant que écoulement abondant
- Après quelques jours: couper les redons à 10cm et mettre une poche de stomie
- Laisser les redons pendant 3 voire même 6 semaines



A noter l'absence de cicatrice récente: la patiente a formellement refusé un lavage



Surveillance

- ATB pendant une semaine
- Spectre large
- Pas d'adaptation au germe sauf résistance
Puisqu'on arrête les ATB à 7 jours
- Puis arrêt des ATB sauf
 - Valve mécanique ou pace maker
mais fallait-il choisir la fistulisation!!!!
ou une antibiothérapie suppressive

Surveillance

- Sortie avec lettre explicative

- Au MT

- Pour expliquer le but de la fistulisation

- Recommander une grande vigilance si
nécessité d'une antibiothérapie pour une
autre pathologie : risque important de
fermeture de la fistule sous ATB

- Ne pas hésiter à réadresser le patient au
moindre doute

Surveillance

- Sortie avec lettre explicative
 - À l'infirmière
 - Explication du but de la fistule
 - Visite tous les jours au début
 - Puis en fonction du remplissage de la poche
 - Mais de toute manière au moins 2 fois/sem
 - Réadresser le patient au moindre doute

Surveillance

- Revoir le patient au 8^{ième} jour après le sortie
- Puis tous les 15jours jusqu'à ablation des redons
- Puis espacer la surveillance en fonction de l'évolution (1 mois puis 2 mois...)

Surveillance

- Ne pas oublier de faire une Rx de contrôle surtout si le patient devient douloureux
- Il est parfois nécessaire de reprendre une antibiothérapie si signes inflammatoires ou fièvre mais il faut faire une surveillance rapprochée
- Ne pas oublier de réévaluer le traitement!!!

Surveillance

- Mr X 150kg au moment de la pose d'une PTG
il pesait 240kg quelques années auparavant
- 2 ans plus tard sepsis (poids 120kg)
- Contre indication anesthésique à une chirurgie
lourde
donc fistulisation avec suite houleuse sur le plan
des pansements!!!
- 3 ans plus tard fistule efficace mais
poids 86kg!!! Et 69 ans!!!

Surveillance

- Avis anesthésiste
- Bilan médical de l'amaigrissement
- Réintervention pour réaliser une arthodèse
- 2 ans plus tard
sepsis « guéri »
il est en maison de retraite
marche: lit-fauteuil mais plus de douleur
et poids 116kg!!!