

Le point de vue de l'infectiologue

Gwenaël LE MOAL

Maladies Infectieuses, CHU Poitiers

Show additional filters

Display Settings: Summary, 20 per page, Sorted by Recently Added

Send to:

Filters: Manage Filters

Clear all

Results: 1 to 20 of 131

<< First < Prev Page 1 of 7 Next > Last >>

Filters activated: Publication date from 2014/01/01 to 2014/12/31. Clear all to show 3136 items.

- Article types
- Clinical Trial
- Review
- More ...

- Text availability
- Abstract
- Free full text
- Full text

- Publication dates clear
- 5 years
- 10 years
- From 2014/01/01 to 2014/12/31

- Species
- Humans
- Other Animals

Clear all

Patient satisfaction after revision hip arthroplasty or resection hip arthroplasty

1. due to periprosthetic infection.
Barbarić K, Aljinović A, Dubravčić ID, Delimar D, Bicanić G.
Coll Antropol. 2014 Jun;38(2):605-10.
PMID: 25144996 [PubMed - indexed for MEDLINE]
[Related citations](#)

Mid term results with the curved modular tapered, fluted titanium Revitan stem in

2. revision hip replacement.
Fink B, Urbansky K, Schuster P.
Bone Joint J. 2014 Jul;96-B(7):889-95. doi: 10.1302/0301-620X.96B7.33280.
PMID: 24986941 [PubMed - indexed for MEDLINE]
[Related citations](#)

Adult reconstruction.

3. Scuderi GR.
Orthop Clin North Am. 2014 Jul;45(3):xv. doi: 10.1016/j.ocl.2014.04.009. No abstract available.
PMID: 24975769 [PubMed - indexed for MEDLINE]

New feature

Try the new Display Settings option - Sort by Relevance

Find related data

Database: Select

Find items

Search details

"Arthroplasty" [Mesh]
AND "Infection" [Mesh]
AND
("2014/01/01" [PDAT] :
2014/12/31" [PDAT])

Search

See m

Plan

- Epidémiologie
- Prévention
- Diagnostic
- Prise en charge
- Traitements antibiotiques

Plan

- Epidémiologie
- Prévention
- Diagnostic
- Prise en charge
- Traitements antibiotiques

The Economic Impact of Periprosthetic Infections Following Total Knee Arthroplasty at a Specialized Tertiary-Care Center

Bhaveen H. Kapadia, MD ^a, Mark J. McElroy, MS ^a, Kimona Issa, MD ^a, Aaron J. Johnson, MD ^a, Kevin J. Bozic, MD, MBA ^b, Michael A. Mont, MD ^a

^a Rubin Institute for Advanced Orthopedics Center for Joint Preservation and Replacement, Sinai Hospital of Baltimore, Baltimore, Maryland
^b Department of Orthopaedic Surgery, University of California San Francisco, San Francisco, California

- Mesurer l'impact économique des infections de PTG
- Etude comparative de 21 infections de PTG pris en charge en 2 T/ 21 PTG non infectées
- Résultats :

Table 1
Hospital and Clinic Visits.

	Group		P Value
	Infected Total Knee Arthroplasty	Primary Total Knee Arthroplasty	
Number of Readmissions <i>Mean (range)</i>	3.57 (1 to 7)	0.14 (0 to 2)	$P < 0.0001$
Length of hospitalization <i>Mean (range) days</i>	5.31 (2 to 27)	3.06 (2 to 6)	$P = 0.0002$
Days in hospital <i>Mean (range) days</i>	23.71 (4 to 49)	3.43 (2 to 9)	$P < 0.0001$
Clinic visits <i>Mean (range)</i>	6.5 (2 to 12)	1.33 (1 to 2)	$P < 0.0001$

Table 2
Hospital Costs for Specific Services.

Cost (\$) (mean)	Total Charges	Group		P Value
		Infected Total Knee Arthroplasty	Primary Total Knee Arthroplasty	
		116,382.65	28,249.57	$P < 0.0001$
	Hospital Bed	25,914.52	4931.62	$P < 0.0001$
	Operating Room Services	64,675.27	20,960.81	$P < 0.0001$
	Admission	544.16	151.24	$P < 0.0001$
	Pharmacy	9176.58	321.24	$P = 0.0004$
	Laboratory	3116.36	237.9	$P < 0.0001$
	Radiology	1284.96	75	$P = 0.0012$
	Anesthesia	1335.89	299.95	$P < 0.0001$
	Blood Products	1921.24	154.05	$P < 0.0001$
	Physical Therapy	3605.14	929.1	$P < 0.0001$
	Consults	377.24	1.05	$P = 0.1350$
	Clinic Visits	1469.5	217.67	$P < 0.0001$

Plan

- Epidémiologie
- **Prévention**
- Diagnostic
- Prise en charge
- Traitements antibiotiques

Infection urinaire et IPOA

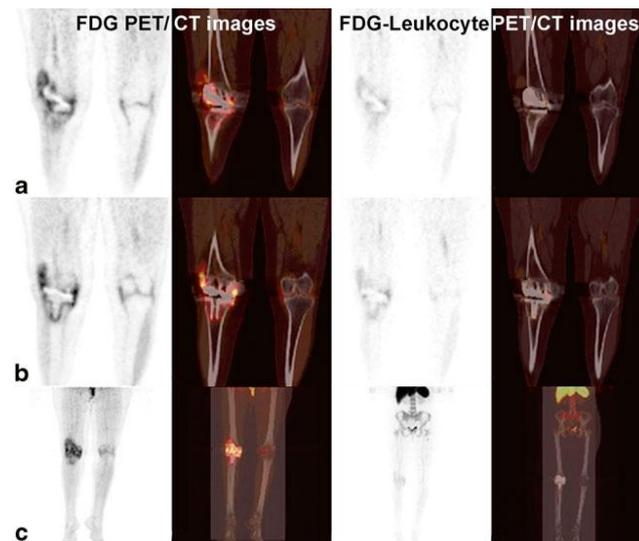
	Bouvet C Bone Joint J 2014	Gou W J Arthroplasty 2014	Sousa R CID 2014
Profil patients	290 PTH 220 PTG 69 ans	540 PTH 455 PTG 56.7 ans	1248 PTH 1247 PTG 58 ans
Méthodologie	Etude prospective ECBU préop et J3	Etude rétrospective ECBU préop	ECBU préop Décision de TT de BAS laissée au médecin
Incidence BAS	- Préop : 36% (65% S à atbprophylaxie) - Postop :41% (51% chgt de bactéries, 5% IU)	17.7%	12.1%
Taux d'IPOA		0.9%	1.7% 4.3% si BAS vs 1.4% 3.9% si BAS traitée 4.7% si BAS non traitée
aOR IPOA et BAS		1.04 [0.138-7.833]	3.95 [1.52-10.26]

Plan

- Epidémiologie
- Prévention
- **Diagnostic**
- Prise en charge
- Traitements antibiotiques

Intérêt du PET/TDM Leucocytes marqués

- 54 patients suspect d'IOAP (19PTH, 35PTG)
 - PET/TDM FDG , PET/TDM Leucocytes marqués-FDG
 - Histo + microbio
- Durée moyenne entre arthroplastie et PET/TDM : 5 mois(1-264)
- 15 infections prouvées
39 descellement aseptique
- PET/TDM FDG:
 - VPP 28% (15/54)
- PET/TDM Leuco :
 - Se 93.3%, Sp 97.4%, VPP 93.3%, VPN 97.4%



Plan

- Epidémiologie
- Prévention
- Diagnostic
- **Prise en charge**
- Traitements antibiotiques



IPOA à BGN

- Etude observationnelle rétrospective multicentrique 2003-2010 Espagne
- Identification des facteurs prédictifs d'échec et rôle du Ciprofloxacin dans le pronostic
- 150 PTH, 85 PTG, 5 PTE, 2 PTCoude
- 178 (78%) infection aigue, lavage débridement 72%
- Enterobacterie 78%, Pseudomonas sp 20%, 19% R à ciprofloxacin
- 68% succès clinique, 79% avec Cipro : aHR 0.23 [IC95% 0.13-0.4]



IPOA et Enterocoque

- Etude rétrospective européenne (18 hôpitaux, 6 pays)
- Evaluation des caractéristiques et devenir des IPOA à *Enterococcus sp* (01/99-07/12)
- 128 PTH, 69 PTG, 6 autres, âge médian 70.4 ans
- *E. faecalis* 89%, *E. faecium* 9%, polymicrobien dans 54%
- Débridement retention 53%, chgt 1T 15%, chgt 2T 32%
- Suivi médian 722 j, 56% en rémission
- Facteurs d'échec : comorbidité OR 2.53 [IC95% 1.18-5.4] et fièvre OR 2.65 [IC95% 1.23-5.69]
- Facteurs associés à la rémission : âge de la prothèse > 2 ans au moment du diagnostic de l'infection OR 0.25 [IC95% 0.09-0.71]

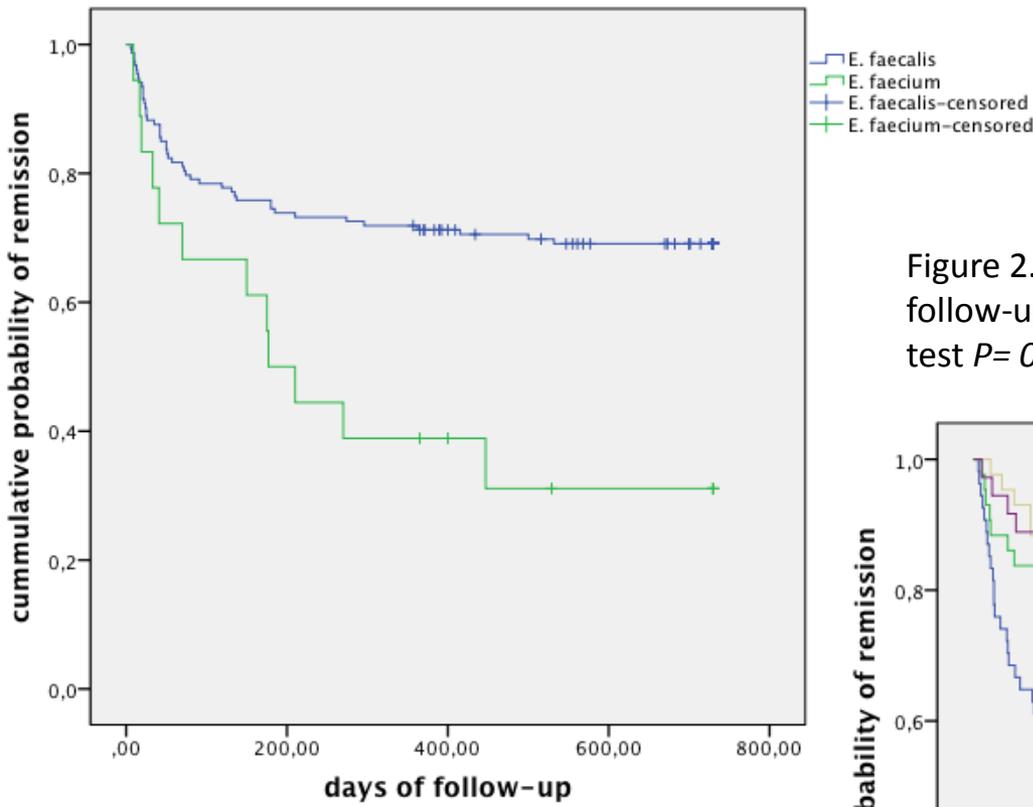
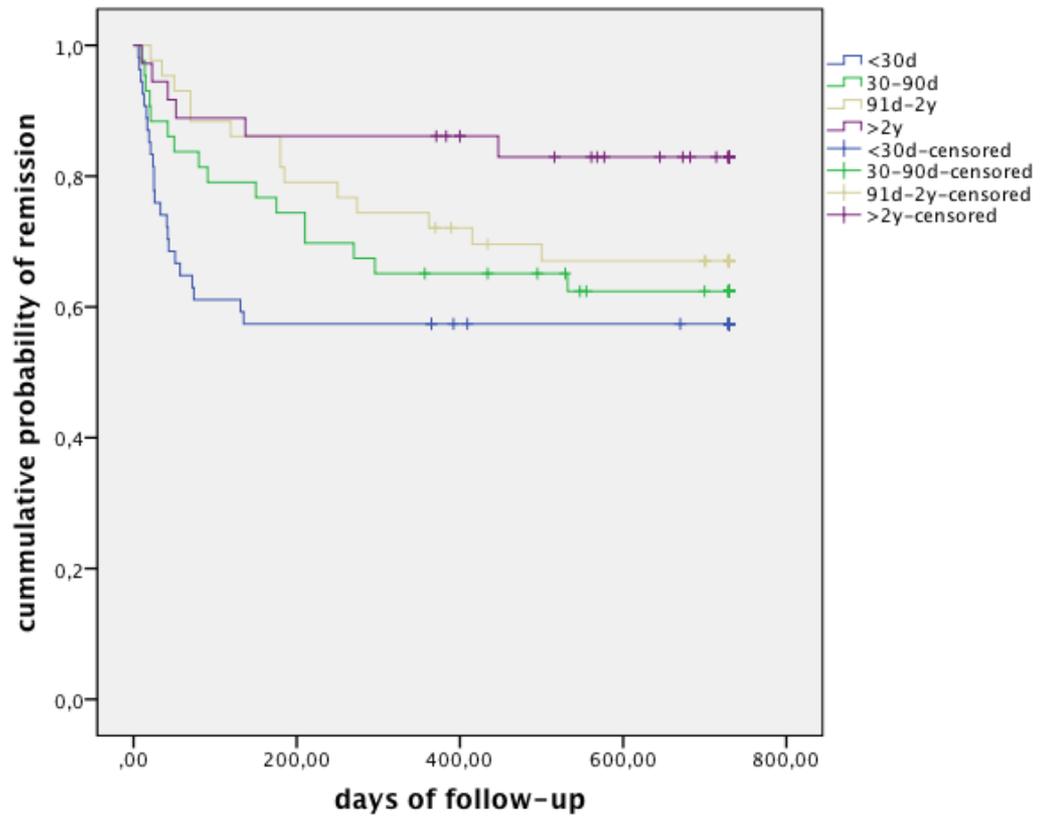


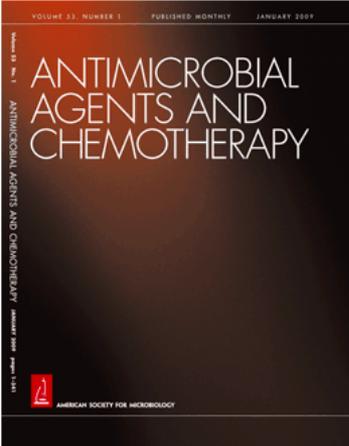
Figure 1. Cumulative probability of remission at 2 years follow-up according to the *Enterococcus sp.* (log-Rank test $P= 0.002$)

Figure 2. Cumulative probability of remission at 2 years follow-up according to the time from arthroplasty (log-Rank test $P= 0.044$).



Plan

- Epidémiologie
- Prévention
- Diagnostic
- Prise en charge
- **Traitements antibiotiques**



Effets indésirables des antibiotiques

- Etude rétrospective 2001-2011 de IOA à SAMS (exclusion pied diabétique et ulcère)
- 200 patients inclus (67% matériel), 51.5% >60ans
- TT : durée médiane 26.6 S, 91% IV pdt 7.4 S
- Effets II :
 - 45% au moins 1 mais 15% (38) analysés : 10 hémato, 9 réactions allergiques, 6 IR, 4 HypoK, 4 BH perturbé, 3 tbles digestifs, 3 SNC
 - 27 grade 3, 10 grade 4, 1 grade 5, apparu en médiane à J34
 - Responsable d'une prolongation d'hospi de 8j
 - Antistaph 13EI/145, FQ 12/187, Glycopeptides 9/101, RFD 7/107

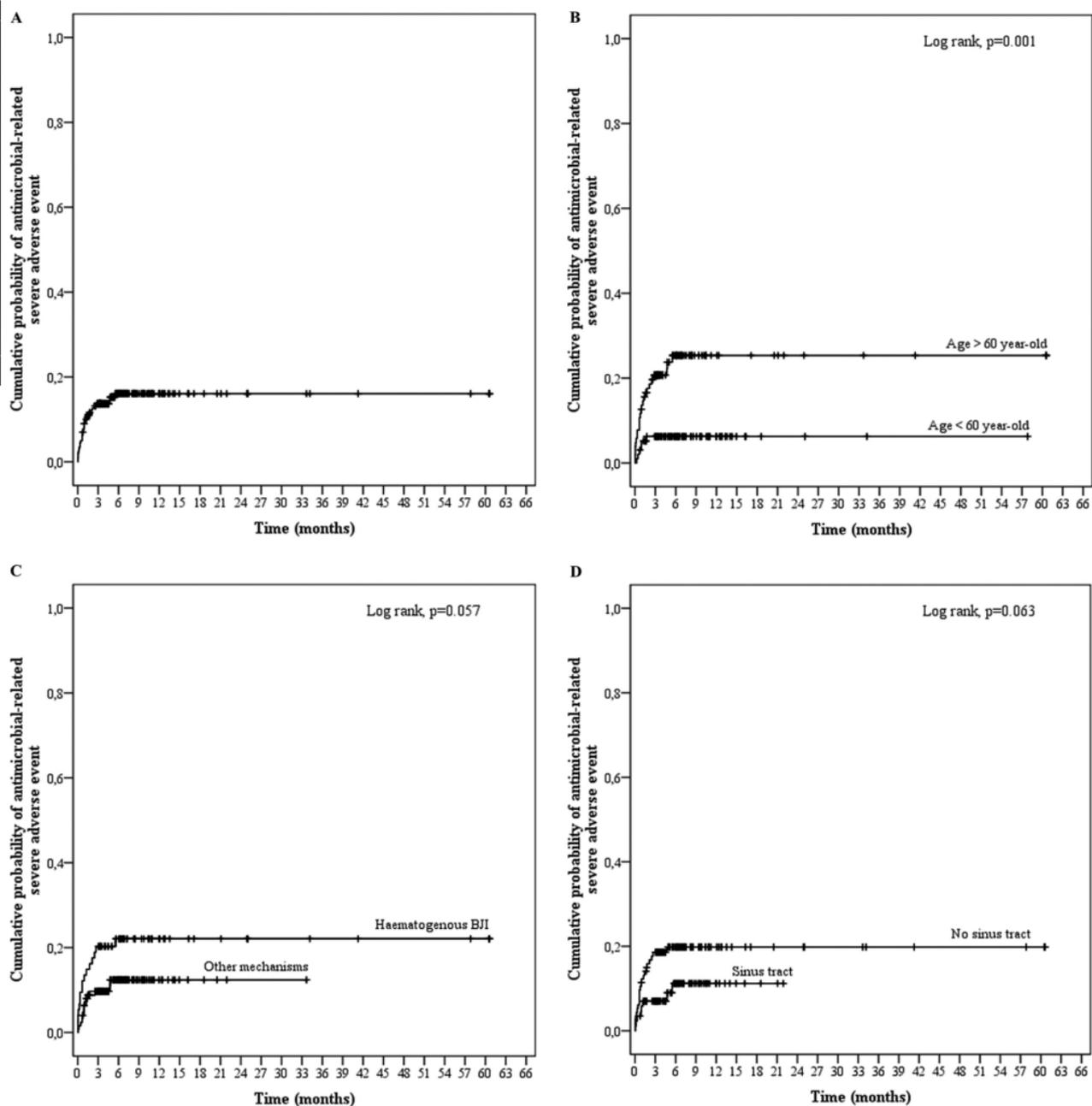


FIG 1 Kaplan-Meier curves for the cumulative risk of antimicrobial-related severe adverse events (SAE) for all patients (A) and according to age (B), BJI mechanism (C), and the presence of a sinus tract (D)

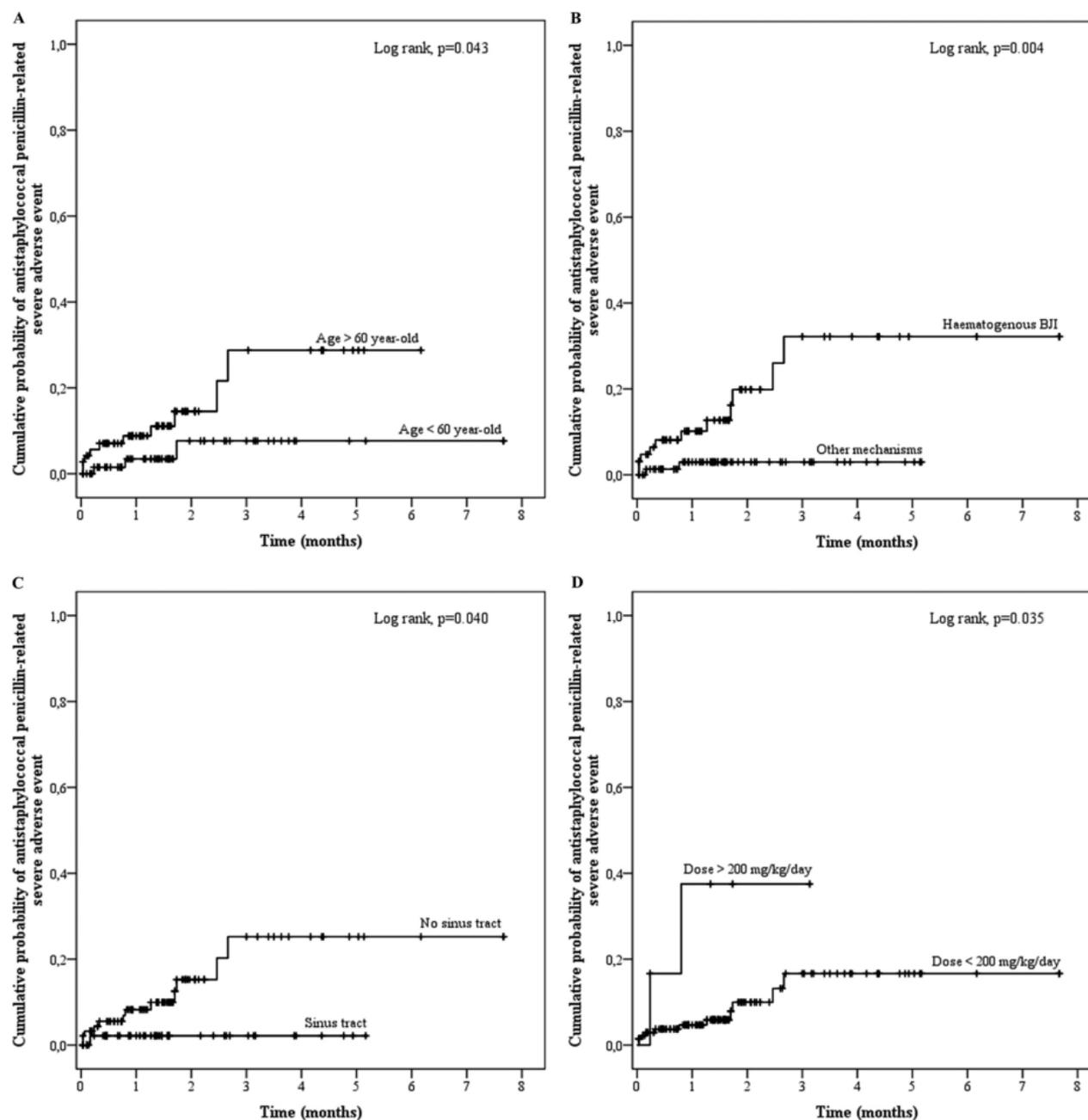
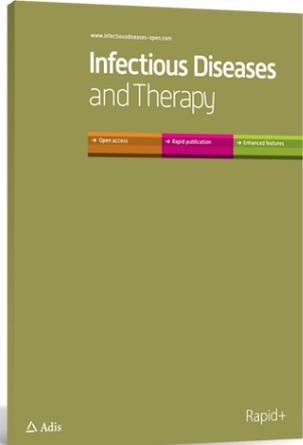


FIG 2 Kaplan-Meier curves for the cumulative risk of antistaphylococcal penicillin-related severe adverse events (SAE) according to age (A), BJI mechanism (B), the presence of a sinus tract (C), and the daily dose (D).

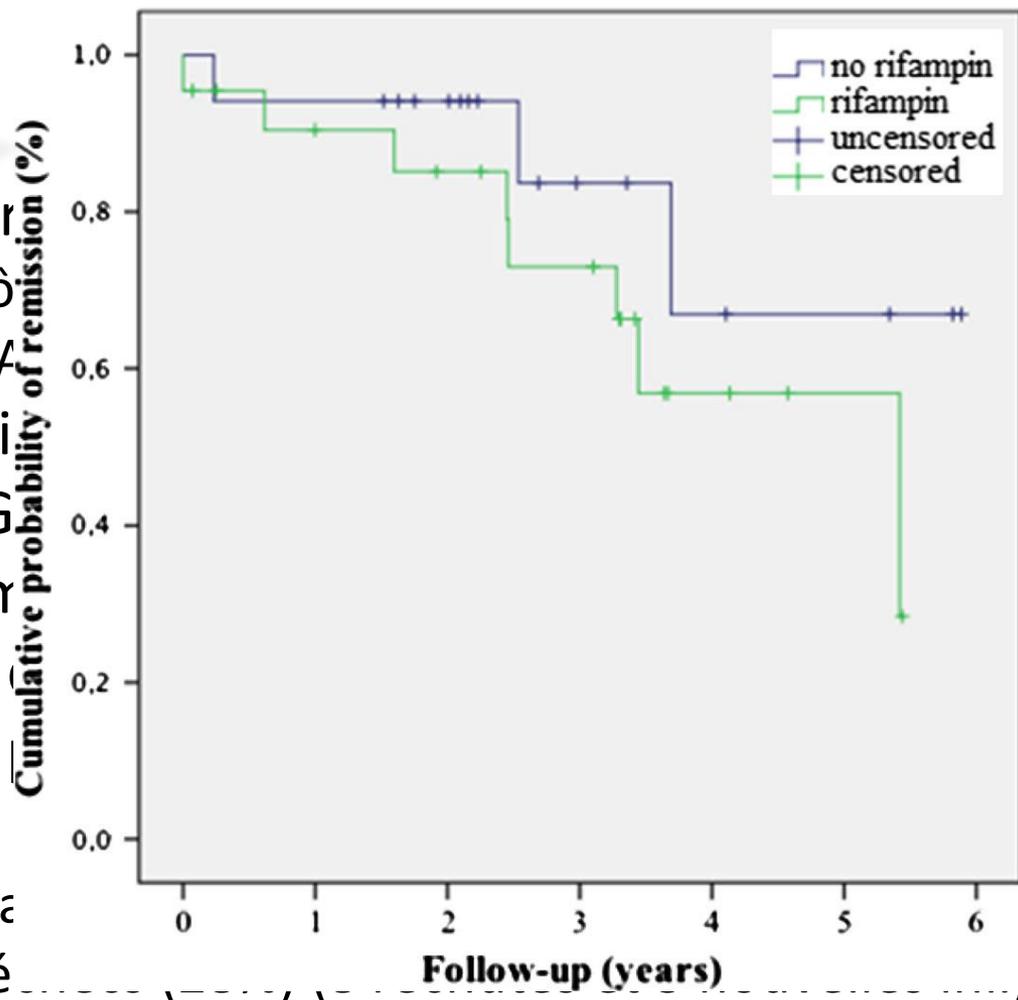
Daptomycine et IOA

- Daptomycine vs vancomycin
 - Étude cas témoin (1:2) IOA à SAMR monobactérienne 2005-2010 monocentrique
 - Comparaison efficacité et toxicité vanco (n=40)/dapto (n=20)
 - 82% d'ostéomyélite, âge médian 52 ans
 - Dose moyenne de Dapto 6mg/kg, $[\text{vanco}]_{\text{equi}}=17.8\mu\text{g/ml}$
 - Durée médiane Dapto 39j vs Vanco 45j (p=0.01)
 - Vanco + svt associé à un autre atb (55 vs 25%; p=0.03)
 - Succès clinique
 - M3 75% Dapto vs 68% Vanco (p=0.8)
 - M6 70% vs 58% (p=0.5), même après score de propension
 - Effets II : Dapto 5% (CPK>5N) vs Vanco 18% (6/7 IR) (p=0.2)

Linézolide et IOA



- Étude r
 - 3 hô
 - IPOA
- 39 pati
- 25 PTG
- Délai n
- Durée
- EI : 15
- Suivi
 - 2.5 a
 - 11 é
 - Idem avec ou sans Rifam



(>7j)

(19-48)

4.5 (30-81)

Interaction « positive » entre Flucloxacilline et Rifampicine

- Etude PK/PD prospective de 15 IOA à *S. aureus* (mono microbienne)
- TT par Flucloxacilline 12gIVSE/j + RFP 600mg BID
- PK/PD : mesure HPLC
 - dosage Flucloxacilline à H72 (état d'équilibre) sans RFP puis 2 autres points avec RFP
 - RFP à H48 (Cmin et Cmax)
- Résultats :
 - [Flucloxacillin] \nearrow 44.6% avec RFP (p=0.0008)
 - Amélioration du PBS après ajout de RFP 1:130 à 1:412 (p<0.001)

Ceftaroline et os



- Analyse PK
 - 1 injection IV unique de 600mg de CPT-F lors de pose de PTH.
 - Mesure des concentrations dans plasma et os
- Résultats
 - Concentration similaire dans la corticale et os spongieux, maximale à la fin de la perfusion
 - Ratio AUC os-plasma=11.9%, $T_{1/2}$ os= $T_{1/2}$ plasma
 - Ratio semblable au témoin (ampicillin et sulbactam)

Conclusion

- Les IPOA coutent chères
- Prévention : stop la BU préop chez les patients asymptomatiques
- Diagnostic : PET/TDM Leucocytes* +++
- Prise en charge :
 - BGN=Ciprofloxacine
 - Enterocoque=pas terrible, plutôt chgt 1T
- Traitement antibiotiques
 - Ceftaroline, Daptomycine , Linezolide OK
 - Attention aux EI quand durée longue et sujets âgés