

Traitement des infections sur prothèses massives posées en pathologie tumorale.

G. Delepine, E. Guikov, B. Markowska, Nicole Delepine

Introduction :

Dans notre expérience, la chirurgie conservatrice peut être réalisée dans plus de 95 % des sarcomes osseux des membres traités en milieu spécialisé. Cette chirurgie conservatrice ne diminue pas les chances de survie mais expose à beaucoup plus de complications que les amputations traditionnelles équivalentes. Parmi ces complications, les complications infectieuses sont redoutables et leurs traitements, jusqu'à présent, ont été peu codifiés. Le but de ce travail est d'analyser des résultats d'une série monocentrique en fonction du traitement réalisé.

Matériel :

De 1983 à octobre 2001, l'équipe a pris en charge plus de 600 patients atteints de sarcomes osseux parmi lesquels 452 ont une reconstruction squelettique faisant appel à une prothèse massive et/ou une allogreffe massive. L'âge des malades était de 24 ans en moyenne (minimal 4,5, maximal 82). L'histologie était dominée par l'ostéosarcome (231), le sarcome d'Ewing (95), le chondrosarcome (82), les fibrosarcomes (23), et d'autres tumeurs dans 21 cas. L'ensemble des malades a été traité en même temps par la chimiothérapie et 45 par radiothérapie. Le diagnostic d'infection a été porté sur une évolution locale inflammatoire avec isolement d'un germe profond par ponction ou abord chirurgical. Un total de 42 infections profondes a été diagnostiqué (soit 10 % des reconstructions massives).

Traitement :

4 malades ont dû être amputés en urgence car leur infection sévère était survenue en cours de chimiothérapie et gênait celle-ci. Tous les autres ont d'abord été traités par nettoyage de la prothèse avec démontage de celle-ci lorsqu'il s'agissait d'une prothèse de genou à charnière. Une antibiothérapie double adaptée avait toujours été administrée pendant au moins 45 jours suivie par une antibiothérapie simple pendant 3 mois au minimum. En cas d'échec de ce premier traitement, une seconde intervention était systématiquement réalisée comportant une ablation de la prothèse avec remplacement par un montage composite composé de ciment chargé d'antibiotiques efficaces d'après les cultures et du matériel d'ostéosynthèse non cimenté dans les diaphyses restantes. Une nouvelle reconstruction prothétique était réalisée lorsque l'infection

paraissait jugulée à la fois sur les cultures de redons postopératoires, sur les examens biologiques et l'aspect de la cicatrice. L'intervention de repose a été réalisée entre le 21^{ème} jour et le 85^{ème} jour de la dépose sauf en cas de problème plastique nécessitant un geste de couverture intermédiaire et reportant la repose de la prothèse à 2 mois plus tard.

Résultats :

Avec un recul moyen de 8 ans ½, 14 malades (33 %) ont été amputés. Les 28 autres ont pu conserver leur membre avec une nouvelle reconstruction massive dans 28 cas seulement. Cette repose a nécessité en moyenne 4 interventions et le résultat fonctionnel final est égal à celui obtenu par la prothèse initiale lorsqu'elle avait pu être évaluée. L'analyse statistique montre le pronostic péjoratif des infections survenues sur malades irradiés, des reconstructions distales (cheville et pied) et des malades où la couverture musculaire du procédé de reconstruction massive était insuffisante.

Conclusion :

L'infection d'une prothèse massive est la plus sévère complication orthopédique de la chirurgie conservatrice des membres pour tumeur. Le traitement doit être préventif en évitant toute radiothérapie et en raccourcissant la durée des aplasies post-chimiothérapie par des facteurs de croissance médullaires. En cas d'infection prouvée, l'ablation de la prothèse avec la mise en place d'un spacer au ciment comportant des antibiotiques adaptés et prévoyant une couverture musculaire satisfaisante, sont essentielles. Leur rôle dans l'antibiothérapie générale est plus incertain dans la période postopératoire immédiate. Ces modalités optimales restent à définir.