

Cas clinique n° 2 : Fracture session IOA DES MAL INF esenneville

Homme de 38 ans, aucun antécédent, tabagisme 18 paquets-année

AVP moto octobre 2014,

« Laissé pour mort » une nuit dans un champ de betteraves, fracture ouverte Cauchoix 3 jambe droite

Prise en charge (H10 post-accident) plaque fibula et fixateur externe sur le tibia

- 1) Parmi les propositions concernant l'antibioprophylaxie à réaliser avant l'intervention chirurgicale, laquelle (lesquelles) est(sont) conforme(s) ?
 - A. Clindamycine et Gentamicine V
 - B. Amoxicilline –acide clavulanique V
 - C. Pipéracilline-tazobactam F
 - D. Céfazoline F
 - E. Vancomycine et Gentamicine F

- 2) Lors de la prise en charge initiale quel(s) était(ient) le(s) facteur(s) de risque(s) de survenue d'une d'infection ?
 - A. Le tabagisme V
 - B. L'âge supérieur à 30 ans F
 - C. Le sexe masculin F
 - D. Le caractère ouvert de la fracture V
 - E. Antibioprophylaxie post-trauma > 6 heures V

À M9 : 2 fistules, fracture non consolidée, a reçu de la pristnamycine en cures répétées (*S. aureus* sur fistule)

Examen: mobilité du foyer avec issue de pus au niveau de deux broches

- 3) Parmi les propositions suivantes concernant la prise en charge de ce patient, laquelle(lesquelles) est(sont) correcte(s)?
 - A. antibiothérapie continue par pristnamycine jusque consolidation et pour une durée pas inférieure à 4 mois F
 - B. amputation d'emblée F
 - C. ablation de la plaque fibulaire V
 - D. l'immobilisation du foyer de fracture par matériel interne réduit le risque d'infection du foyer fracturaire V

E. changement en un temps du fixateur externe V

Cas clinique (suite)

Ablation FE (prélèvement profonds orifices de broche) et mise à plat fistules avec prélèvements profonds

Résine pour bilan infectieux et discussion de la stratégie médico-chirurgicale (l'ostéosynthèse par fixateur externe d'emblée pouvait être envisagée mais l'os en per-opératoire est une véritable éponge puriforme)

2 bactéries isolées (une sur chacun des deux prélèvements positifs /5 réalisés):

1. *S. warneri*
2. *S. epidermidis*

Antibiogramme

	DCI	1	2
<u>Pénicillines</u>	Pénicilline G	R	R
	Oxacilline	S	R
<u>Aminosides</u>	Kanamycine	S	R
	Gentamicine	S	R
<u>Tétracyclines</u>	Tétracycline	S	R
<u>Macrolides</u>	Erythromycine	R	R
	Lincomycine	S	R
	Pristinamycine	S	S
<u>Sulfamides</u>	Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	S	S

<u>Nitrofuranes</u>	Nitrofuranes	S	S
<u>Quinolones</u>	Ofloxacin	S	R
<u>Divers</u>	Rifampicine	S	S
	Acide fusidique	S	R
	Fosfomicine	R	R
	Vancomycine	S	S
	Teicoplanine	S	S
	Linézolide	S	S

4) Quelle(s) antibiothérapie(s) proposez-vous ?

Teicoplanine monothérapie F

Pristinamycine monothérapie F

Rifampicine linézolide V

Vancomycine monothérapie F

Vancomycine et rifampicine V



Cas clinique (suite)

Stratégie chirurgicale :

Ablation séquestre

Perte de substance tibiale de 10cm

1 temps de Masquelet (résection osseuse étendue et mise en place d'un espaceur en résine)

Nouveau Fixateur externe + Ablation de la plaque fibulaire

- 5) Parmi les propositions suivantes concernant la prise en charge de ce patient laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?
- A. Il faut débuter une antibiothérapie avant le geste pour limiter le risque de saignement durant l'intervention F
 - B. Le caisson hyperbare est indispensable F
 - C. On aurait pu proposer un nouvel enclouage centro-médullaire F
 - D. On peut mettre de la vancomycine et de la gentamicine dans l'espaceur V
 - E. Il faudra mettre le patient sous antifongique en sortie de bloc en plus des antibiotiques à large spectre F