

## OSTÉITE STERNALE ET COSTALE, UNE COMPLICATION INHABITUELLE APRÈS LA MISE EN PLACE DE PROTHÈSE MAMMAIRE : UNE SÉRIE DE 4 CAS.

Piseth Seng\*, Antoine Alliez, Estelle Honnorat, Dominique Casanova, Andreas Stein

Service des Maladies Infectieuses, Hôpital de la Conception; URMITE, CNRS UMR 6236, Faculté de Médecine, 27 Bd Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 05, France



### INTRODUCTION

L'ostéite sternale et costale après la mise en place de prothèse mammaire n'a jamais été rapportée dans la littérature. Nous rapportons ici une série de 4 cas d'ostéite sternale et/ou costale suite à une mise en place de prothèse mammaire prise en charge dans notre centre interrégional de référence des infections ostéo-articulaires (CIOA) Méditerranée-Sud.

### SÉRIE DES CAS

**Cas N° 1 :** Une patiente de 59 ans a bénéficié d'une mastopexie avec pose d'implants mammaires. Une semaine après l'intervention, la patiente se plaint de douleurs thoraciques associées à un écoulement purulent de la cicatrice sur le sein gauche. Les examens complémentaires retrouvent des leucocytes à 12 G/L et une CRP à 74 mg/L. Les prélèvements microbiologiques percutanés retrouvent *P. aeruginosa*. Un traitement par ciprofloxacine pour 10 jours a été introduit. Au 10<sup>ème</sup> jour, les prothèses sont retirées. Devant la persistance des symptômes à un mois post opératoire, la patiente est transférée au CHU. À l'arrivée, elle est apyrétique, présente des douleurs à la palpation et un écoulement purulent du sein gauche. Une IRM retrouve une ostéite du bord gauche du sternum et 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> côtes (Figure 1). Une prise en charge chirurgicale par fistulectomie, lavage abondant, résection des tissus infectés (Figure 1) et une bi antibiothérapie par ciprofloxacine et imipénème pendant 3 mois est introduite. Nous n'avons pas observé de récurrence à 6 mois d'arrêt des traitements antibiotiques.

**Cas N° 2 :** Une patiente de 77 ans a bénéficié 9 ans plus tôt, de la pose d'implants mammaires siliconés dans un but esthétique. La patiente se plaint de douleur avec une légère rougeur du sein droit. Devant ces signes infectieux une explantation prothétique est décidée. En peropératoire, une rupture intra capsulaire à droite avec présence de siliconomes est retrouvée. Deux mois après le geste, la patiente présente un écoulement purulent sans fièvre et un sein droit inflammatoire. Une nouvelle exploration chirurgicale est décidée et met en évidence une infection de l'ancienne loge prothétique avec une fistule atteignant la 4<sup>ème</sup> côte droite. Les prélèvements profonds documentent un *S. aureus*. Une prise en charge chirurgicale par résection du tissu osseux infecté une bi antibiothérapie par rifampicine et ofloxacine pour 3 mois sont réalisées. Nous n'avons pas observé de récurrence.

**Cas N° 3 :** Une patiente de 60 ans présente quinze jours après une primo implantation mammaire esthétique un écoulement cicatriciel à gauche. Elle est traitée pendant 6 mois par de courtes cures d'amoxicilline-acide clavulanique. Devant la persistance de l'écoulement, une explantation prothétique avec lavage de la loge et prélèvement microbiologique est réalisée. Une fistule entre la prothèse et la cinquième côte gauche est mise en évidence. Les cultures ont poussé à *P. aeruginosa* et à *S. aureus*. La patiente bénéficie alors d'une résection des tissus osseux infectés et d'une triple antibiothérapie par rifampicine, ceftazidime et ciprofloxacine. L'évolution est rapidement favorable et nous n'avons pas observé de récurrence.

**Cas N° 4 :** Une patiente de 41 ans qui a subi une mastectomie droite avec radiothérapie adjuvante pour un carcinome canalaire du sein droit puis une reconstruction 18 mois plus tard. En post opératoire immédiat elle présente des épisodes inflammatoires pris en charge par de courtes pour un cancer du sein droit d' amoxicilline-acide clavulanique. Une exploration chirurgicale avec lavage prothétique est décidée. Un trajet fistulaire entre la loge péri-prothétique droite et la 4<sup>ème</sup> côte est mis en évidence. Une prise en charge chirurgicale par explantation prothétique avec lavage abondant, fistulectomie et prélèvements microbiologiques osseux multiples est réalisé. Les biopsies osseuses retrouvent *S. aureus*. Un traitement par rifampicine et ofloxacine est instauré pour 3 mois. L'évolution est rapidement favorable et nous n'avons pas observé de récurrence.

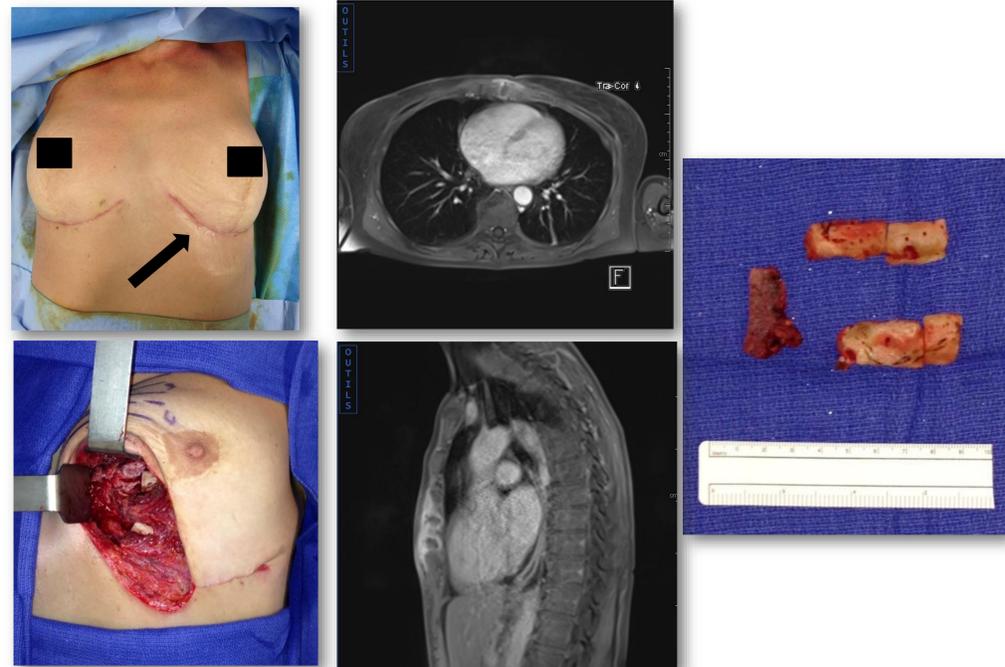


Figure 1. L'écoulement purulent de la cicatrice du sein gauche (a), Une ostéite du bord gauche du sternum, du 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> côtes diagnostiqué par une IRM (b & c), une image nécrotique du sternum et côtes hypovascularisés (d), l'image du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> côtes réséqués (e).

### DISCUSSION & CONCLUSION

Les 3 premiers cas étaient ostéites costales chroniques. L'âge moyen était 60 ans. Le temps moyen de diagnostic était 4,5 ans après l'implantation. L'écoulement purulent a été observé dans 3 cas. Nous n'avons pas constaté ni de fièvre, ni d'hyperleucocytose et ni de syndrome inflammatoire biologique. Le diagnostic a été fait au cours de l'intervention chirurgicale lors de l'ablation de prothèses. Les côtes atteintes sont hypovascularisées avec un aspect nécrotique. Trois cas sont dus à *S. aureus* et 1 cas est associé à *P. aeruginosa*. Les 3 patients ont guéris après le retrait de l'implant mammaire et débridement chirurgical des côtes et 90 jours de traitement antibiotique.

Le 4<sup>ème</sup> cas est une ostéite sternale et costale apparue à la 4<sup>ème</sup> semaine de l'implantation. Le diagnostic a été suspecté par la douleur thoracique associée à un œdème et un écoulement purulent de plaie opératoire. Les analyses de laboratoire ont retrouvé un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose. Une IRM a montré une ostéite sternale et costale. La culture de la biopsie percutanée est revenue positive à *P. aeruginosa*. La patiente a été traitée par une ablation du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> côtes gauches et une résection partielle du sternum. La patiente est en rémission à 6 mois après le traitement chirurgical et 90 jours de traitement par imipénème et ciprofloxacine.

L'ostéite sternale et/ou costale est une complication rare et possible après la mise en place de prothèse mammaire. Cette complication doit être discutée et recherchée par IRM. Pour contrôler l'infection, une ablation des implants, un débridement chirurgical en laissant seulement les tissus sains, une exploration jusqu'au médiastin et à la plèvre suivi d'au moins 3 mois de traitement antibiotique semble nécessaire.

### REFERENCES

- Drancourt M *et al.* Phylogenetic analyses of *Klebsiella* species delineate *Klebsiella* and *Raoultella* gen. nov., with description of *Raoultella ornithinolytica* comb. nov., *Raoultella terrigena* comb. nov. and *Raoultella planticola* comb. nov. *Int. J. Syst. Evol. Microbiol.* 51:925-932.
- De Jong E *et al.* Differentiation of *Raoultella ornithinolytica/planticola* and *Klebsiella oxytoca* clinical isolates by matrix-assisted laser desorption/ionization-time of flight mass spectrometry. *Diagn. Microbiol. Infect. Dis.* 75:431-433.
- Park JS *et al.* Evaluation of three phenotypic identification systems for clinical isolates of *Raoultella ornithinolytica*. *J. Med. Microbiol.* 60:492-499.

\*Auteur correspondant: Dr Piseth SENG, [Piseth.Seng@mail.ap-hm.fr](mailto:Piseth.Seng@mail.ap-hm.fr)  
Service de maladies infectieuses, CHU de la Conception, Marseille, France