

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Note de technique

Intérêt d'une couverture par lambeau libre antérolatéral de cuisse dans la prise en charge des infections de prothèses massives du genou après résection tumorale[☆]

Free antero-lateral thigh flap for total knee prosthesis coverage after infection complicating malignant tumour resection

Cécile Philandrianos^{a,b,*}, Jean-Camille Mattei^{a,c}, Alexandre Rochwerger^{a,c},
Baptiste Bertrand^{a,b}, Charlotte Jaloux^{a,b}, Dominique Casanova^{a,b}

^a Aix-Marseille Université, 13284 Marseille, France

^b Service de chirurgie plastique et réparatrice, hôpital Conception, AP-HM, 13005 Marseille, France

^c Service de chirurgie orthopédique, hôpital Nord, AP-HM, 13915 Marseille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 29 avril 2018
Accepté le 4 juin 2018

Mots clés :
Lambeau antérolatéral de cuisse
Prothèse totale massive de genou
Infection
Lambeau libre
Sarcome

RÉSUMÉ

Introduction. – Les infections sont une complication fréquente lors des reconstructions par prothèse totale massive du genou (PTMG) après résection tumorale large. En cas d'indication de couverture par lambeaux libres, les lambeaux musculaires sont le plus souvent préférés. Nous présentons ici une technique de sauvetage du membre par lambeau libre fasciocutané antéro-latéral de cuisse (ALC).

Méthode. – Trois patients ayant une infection de PTMG après exérèse de sarcome du fémur ont bénéficié d'un lambeau ALC libre. Le prélèvement du lambeau et la réimplantation de la prothèse ont été réalisés en deux temps opératoires.

Résultats. – Le transfert du lambeau et le remplacement de la prothèse ont été réalisés sans complication. Après deux ans, les membres ont pu être conservés sans récurrence infectieuse.

Conclusion. – Le lambeau libre ALC représente une solution efficace de couverture en cas d'infection de PTMG et peut-être considéré comme une alternative valable aux lambeaux musculaires libres.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Lors d'une chirurgie conservatrice pour résection de tumeur osseuse, une prothèse totale massive de genou (PTMG), avec ou sans allogreffe, est l'option la plus couramment choisie pour reconstruire le défaut osseux. La complication postopératoire la plus fréquente de ce type de matériel est l'infection [1,2]. Le risque d'amputation devient alors très élevé [1]. En cas d'infection chronique, le traitement standard est l'ablation du matériel associée à la mise en place d'un *spacer* au ciment antibiotique et la prise

d'antibiotiques par voie intraveineuse, relayée par une antibiothérapie per os au long cours. La réimplantation secondaire intervient souvent après plusieurs mois, si l'évolution clinico-biologique est satisfaisante, avec un taux élevé d'échec [1,3]. Lorsque les tissus mous environnants sont cicatriciels, irradiés, rétractés et donc insuffisants pour accueillir une prothèse, un transfert de tissus peut-être indiqué. L'objectif est d'assurer la couverture de la prothèse et de permettre une mobilisation du genou sans risque de souffrance, désunion ou nécrose qui aboutirait à une exposition de l'implant et une récurrence de l'infection. Les lambeaux pédiculés représentent la première option dans ce cadre. Cependant, ils sont parfois insuffisants en surface et/ou ils peuvent être inutilisables si leur pédicule a été lésé par des chirurgies antérieures, souvent multiples dans ces cas complexes. Dans ces cas, de larges lambeaux libres sont nécessaires [1,4–7].

Les transferts libres de tissus peuvent être effectués dans le même temps que de la réimplantation prothétique [1,6] ou réalisés à distance, quelques semaines avant la réimplantation. L'objectif de

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.05.006>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant : service de chirurgie plastique, hôpital de la conception, 147, boulevard Baille, 13905 Marseille, France.

Adresse e-mail : cecile.philandrianos@ap-hm.fr (C. Philandrianos).

<https://doi.org/10.1016/j.rcot.2018.06.013>

1877-0517/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Tableau 1

Données concernant les 3 patients.

Patient 1 (Fig. 1 et 2)	Patient 2 (Fig. 3 et 4)	Patient 3
Femme de 35 ans	Homme de 30 ans	Femme de 64 ans
Histoire		
1994 : ostéosarcome quart inférieur fémur droit Exérèse/reconstruction par PTGM + allogreffe fémur + radiothérapie 2007 : changement de prothèse 2012 : infection du matériel 2013 : ablation implant + fixateur externe 2014 : reconstruction par Lambeau FC ALC et PTGM en deux temps	2009 : sarcome quart inférieur fémur Exérèse/reconstruction par PTGM + allogreffe fémur 2011 : infection ostéoarticulaire Ablation du matériel Mise en place d'un <i>spacer</i> et couverture par lambeau de muscle jumeau interne Persistance de l'infection Ablation du <i>spacer</i> et immobilisation par attelle 2012 : reconstruction par lambeau FC ALC, PTGM et allogreffe du fémur en deux temps	Mai 2012 : sarcome quart inférieur fémur Exérèse reconstruction par PTGM + allogreffe fémur 2013 : fracture tibia Infection prothèse du genou 2013 : remplacement PTG 2014 : ablation matériel + fixateur externe Reconstruction par lambeau FC ALC, PTGM et allogreffe fémur et tibia en deux temps
Microbiologie		
Staphylococcus Aureus	Staphylococcus Aureus	Pseudomonas Aeruginosa sensible + Proteus Mirabilis Multi sensible
Multi sensible Antibiothérapie	Multi sensible	
Rifadine + acide fucidique Résultats fonctionnels : amplitudes articulaires	Rifadine + acide fucidique	Ciflox + fortum
–10/90	Rifadine + acide fucidique	Ciflox + fortum

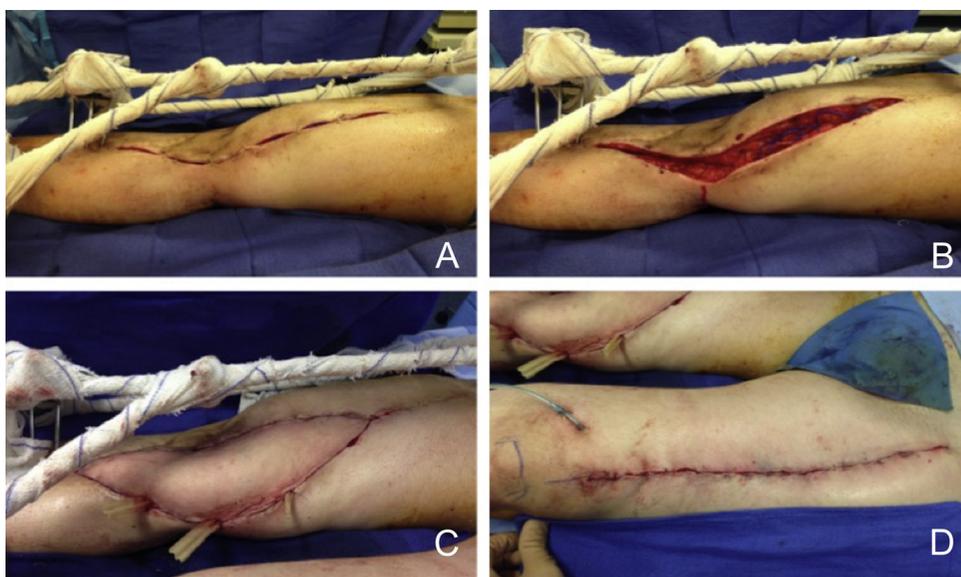


Fig. 1. Patient 1 : cas d'une patiente de 35 ans ayant eu un sarcome du quart inférieur du fémur. En raison d'une infection de sa prothèse de reconstruction, le matériel a été retiré entraînant une rétraction des tissus mous de toute la région du genou ne permettant pas la réimplantation de l'implant (A). Premier temps opératoire : incision antérieure reprenant l'ancienne cicatrice (A, B). Le lambeau ALC libre (palette cutanée : 11 × 30 cm) est positionné dans l'incision, partiellement replié sur lui-même et suturé (C). Fermeture directe du site donneur (D).

cette chirurgie en deux temps est de limiter le risque l'exposition de la prothèse si le lambeau présente une complication [7,8]. Dans ce cas, l'utilisation d'un lambeau musculaire (ou musculocutané) libre est considéré comme le « gold standard » du fait de son excellent apport sanguin et de sa haute résistance aux infections [1,4,7]. Cependant, les lambeaux fasciocutanés sont de plus en plus utilisés pour la couverture des membres avec ou sans contexte septique.

Ici nous décrivons les résultats de la prise en charge de prothèses massives de genou infectées après résection de sarcome osseux du fémur distal par une autre technique : la couverture par le lambeau libre fasciocutané antérolatéral de cuisse (FC ALC) en 2 temps.

2. Méthodes

Entre 2012 et 2014, 3 patients du centre hospitalo-universitaire de Marseille (France) pris en charge en centre Référent Sarcomes ont été opérés par lambeau FC ALC libre pour une chirurgie de conservation de membre après infection de PTGM (Tableau 1). Il s'agissait dans les 3 cas des suites d'une résection carcinologique de sarcome osseux du quart inférieur du fémur avec reconstruction osseuse et articulaire par PTGM et allogreffe réalisée dans le même temps. Du fait de cette infection, ces patients avaient subi de nombreuses interventions incluant des révisions prothétiques en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8952556>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8952556>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)