

Aggiornamenti Scientifici FADOI

Infezione di protesi articolari

Argomento di attualità e di interesse crescente per l'attività clinica anche del medico internista, la revisione del gruppo inter-disciplinare del *Rubin Institute for Advanced Orthopedics, Center for Joint Preservation and Replacement* di Baltimora (USA) pubblicata su *Lancet* suggerisce una metodologia nell'approccio al paziente con infezione di protesi chirurgiche.

Le evidenze epidemiologiche mostrano quanto l'infezione di artro-protesi peggiori la qualità di vita di chi ne è oggetto (rispetto a coloro che, pur operati, non infettano la protesi), ed è gravata da elevata morbilità e mortalità (anche fino al 45% a 4-7 anni) a causa della crescente prevalenza di germi multi-resistenti alle attuali molecole antibiotiche.

Il trattamento ottimale prevede un approccio multi-disciplinare tra infettivologo, internista, radiologo e ortopedico, che gli autori declinano conducendo il lettore verso le norme di "buona pratica clinica" attraverso la conoscenza dei meccanismi patogenetici, valutazioni clinico-epidemiologiche e indicando obiettivi terapeutici.

Particolarmente interessante, soprattutto per il medico internista, è la puntualizzazione sui **fattori di rischio** per lo sviluppo di infezione di artro-protesi: condizioni come diabete non controllato (soprattutto pre-intervento), obesità patologica (BMI > 35 kg/m²) o, al contrario, malnutrizione, fumo di sigaretta, consumo di alcool o droghe, condizioni di immuno-deficienza e finanche necessità di emo-trasfusione sono fattori di rischio che vanno ricercati, individuati e controllati già in fase pre-intervento. Inoltre, misure preventive da attuarsi preventivamente, attraverso detersione-disinfezione della cute e ottimizzazione dei tempi/metodi di medicazione post-intervento contribuiscono a ridurre l'incidenza di infezioni protesiche.

L'ottima revisione illustra poi le principali **indagini** per la conferma diagnostica, il *follow-up* clinico-strumentale sull'infezione e offre un sintetico ma pratico suggerimento per adeguata terapia antibiotica, che sarà ottimizzata una volta ottenuto l'antibiogramma da colturale di liquido purulento in artro-centesi e che dovrà essere prolungata per almeno 6 settimane.

Il successo della **terapia** (e il salvataggio dell'artro-protesi) dipenderà dalle caratteristiche del paziente, dal tipo di germe implicato (organismi multi-resistenti o a bassa virulenza) e dalla precocità di intervento; non di rado, infezioni complicate richiederanno approccio chirurgico "a due tempi" per la rimozione della protesi infetta e il successivo reimpianto di nuova protesi, dopo stabile guarigione dall'evento infettivo (non meno di 2-4 settimane dalla negatività degli esami colturali).

Per le infezioni nei pazienti non candidabili a rimozione dell'artro-protesi sarà invece necessaria una terapia antibiotica orale soppressiva a lungo termine.

Questa revisione può rappresentare uno strumento di pratica clinica per il medico internista, che non di rado è consultato dallo specialista ortopedico prima e dopo l'intervento di artro-protesi.

Kapadia BH, et al. Periprosthetic joint infection. *Lancet* [2016, 387: 386-94](#).