



Acta Ortopédica Brasileira

ISSN: 1413-7852

actaortopedicabrasileira@uol.com.br

Sociedade Brasileira de Ortopedia e
Traumatologia
Brasil

Maia Viola, Dan Carai; Souza Cardozo Filho, Nivaldo; Nunes, Rodrigo Tristão; Carvalho Godoy,
Fabiola Andrea; Toledo Petrilli, Marcelo de; Korukian, Marcos; Jesus-Garcia, Reynaldo
O uso de espaçadores com antibiótico no tratamento das infecções em endopróteses de joelho

Acta Ortopédica Brasileira, vol. 17, núm. 3, 2009, pp. 144-148

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65713430003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



ARTIGO ORIGINAL

O USO DE ESPAÇADORES COM ANTIBIÓTICO NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES EM ENDOPRÓTESES DE JOELHO

USE OF ANTIBIOTIC SPACERS FOR KNEE ENDOPROSTHESIS INFECTIONS TREATMENT

DAN CARAI MAIA VIOLA, NIVALDO SOUZA CARDOZO FILHO, RODRIGO TRISTÃO NUNES, FÁBILA ANDREA CARVALHO MARCELO DE TOLEDO PETRILLI, MARCOS KORUKIAN, REYNALDO JESUS-GARCIA

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo é avaliar a utilização dos espaçadores de cimento acrílico com antibiótico no tratamento das infecções em endopróteses não convencionais de joelho. **Método:** Desde de 2004 foram tratados sete pacientes (seis pacientes operados no nosso serviço e um paciente que havia sido submetido a cirurgia primária do tumor em outro serviço) com infecção peri-endoprótese não convencional de joelho. Todos os pacientes foram submetidos a retirada da endoprótese e reconstrução com espaçador com cimento acrílico com antibiótico. Todos os pacientes foram monitorados clínica e laboratorialmente quanto ao controle da evolução, sendo considerados aptos para a revisão e recolocação de endoprótese após 06 (seis) meses sem sinais infecciosos. **Resultados:** Notamos um discreto predomínio do do processo infeccioso nas próteses realizadas na tíbia proximal em comparação com o fêmur distal (57,1% x 42,9%). O seguimento médio dos pacientes foi 68,2 meses. Durante o seguimento, um paciente faleceu devido a doença de base. Dos sete pacientes, 6 foram considerados curados e um persistiu com sinais e sintomas de infecção. **Conclusão:** Os resultados obtidos até o momento tem motivado a continuidade deste método de tratamento.

Descritores: Prótese. Neoplasias. Infecção. Cimentos para ossos. Osteossarcoma.

Citação: Viola DCM, Cardozo Filho NS, Nunes RT, Godoy FAC, Petrilli MT, Korukian M, et al. O uso de espaçadores com antibiótico no tratamento das infecções em endopróteses de joelho. *Acta Ortop Bras.* [periódico na Internet]. 2009; 17(3):144-148. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/aob>

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the spacers impregnated with antibiotics for the treatment in the nonconventional endoprostheses of the knee. **We have treated seven patients since 2004 (of submitted to surgery in our service and one patient submitted to a primary tumor surgery in another service) with deep infection in knee tumor prosthesis. All patients were submitted to endoprosthesis removal and reconstruction with cement spacer. All patients were monitored both clinically and lab tests as for monitoring the evolution, being considered apt for reviews after 6 (six) months without infections. We have noted a small predominance of infection in the prosthesis inserted on proximal tibia as compared to femur (57.1% x 42.9%). The mean follow-up time was 68.2 months. During the follow up, one patient died due to the root disease. Six patients out of seven were regressed and one persisted with infection signs and symptoms. The results obtained up to date have motivated us to continue this method of treatment.**

Keywords: Prosthesis. Neoplasms. Infection. Bone cements. Osteosarcoma.

Citation: Viola DCM, Cardozo Filho NS, Nunes RT, Godoy FAC, Petrilli MT, Korukian M, et al. Use of antibiotic spacers for knee endoprosthesis infections treatment. *Acta Ortop Bras.* [online]. 2009; 17(3):144-148. Available from <http://www.scielo.br/aob>

INTRODUÇÃO

As endoprótese não convencionais de joelho são largamente utilizadas nas reconstruções após ressecções de tumores ósseos ao redor do joelho. Esse tipo de implante apresenta as mesmas complicações que as próteses convencionais de joelho. A denominação de endoprótese não convencional deriva do fato da osteotomia para a sua realização ser mais extensa do que nos casos das próteses convencionais. Nas próteses convencionais de joelho a osteotomia atinge as metáfises distal do fêmur e proximal da tíbia, sendo geralmente realizada com o auxílio de gabaritos metafisários. Em contrapartida, nas endopróteses não convencionais, não existe uma regra para o local da osteotomia. A ressecção óssea varia de acordo com o tamanho do tumor e a margem oncológica da lesão. O osso acometido pelo tumor, na grande maioria das vezes, é submetido a uma osteotomia diafisária. Esse tipo de ressecção diafisária gera uma grande falha óssea, sendo necessária a utilização

de um implante que permita o restabelecimento do eixo ósseo e o seu perfeito alinhamento articular. As endopróteses não convencionais surgiram, dessa forma, como método de tratamento para as falhas ósseas criadas após a ressecção de tumores ósseos e músculos-esqueléticos.¹⁻⁴ As principais complicações agudas desse tipo de endoprótese são a infecção, deiscência, formação de coleções como o seroma e a trombose venosa profunda.^{3,5} Tardias, a cirurgia de troca de cirurgia pode apresentar outras complicações: asséptica do implante, quebra de um dos componentes da prótese, infecção periprotética e soltura séptica do implante. Além dessas pode ainda ocorrer a recidiva local do tumor sem soltura do implante.^{4,6} As infecções peri-protéticas geralmente cursam com sintomas clínicos e radiográficos. Os sinais clássicos de calor local, hiperemia e dor estão presentes. A fistulização de coleções é um sinal comum nesses casos, com saída de secreção serosa, hemática ou purulenta.



lenta. Em alguns casos de infecção tardia não observamos, de início, os sinais inflamatórios clássicos. O paciente pode cursar com dor no local da prótese e, ao exame radiográfico, podemos ou não observar sinais de soltura dos componentes.⁷ Esses casos apresentam uma dificuldade maior no diagnóstico.

As principais alterações laboratoriais são a modificação do leucograma (com padrão infeccioso), aumento da velocidade de hemossedimentação e elevação da proteína C reativa sérica. Estes exames, além de auxiliar no diagnóstico, servem como parâmetros da resposta terapêutica no seguimento do paciente. Nos exames radiográficos podemos observar soltura da endoprótese (lise ao redor do cimento) e coleções profundas peri-protéticas.

O tratamento clássico das infecções peri-protéticas recai sobre a antibioticoterapia direcionada por resultado de culturas e antibiogramas e a retirada da endoprótese infectada. Nos casos de infecção ao redor de endopróteses não convencionais a falha óssea gerada após a retirada do implante necessita algum método de reconstrução.

Muitos autores preconizaram a amputação como um método de resolução definitivo da infecção ao redor de endopróteses de joelho.⁸ As técnicas de reconstrução baseiam-se na artrodese da articulação após o transporte ósseo com o método de Ilizarov. Outra técnica promove o transporte com o uso de fixadores lineares e a posterior artrodese. Pode-se também realizar a artrodese *in situ*, encurtando drasticamente o membro. Nesse caso não há transporte ósseo e o membro fica bastante encurtado.

Seguindo a mesma linha do tratamento de infecções peri-protéticas em artroplastia total de joelho foi proposto o uso de espaçadores de cimento acrílico com antibiótico. Nessa modalidade de tratamento o espaçador apresenta, além da função mecânica, a função terapêutica antibacteriana, com liberação local do antibiótico.

Uma vez que o defeito ósseo após a retirada da ENC é muito extenso somente a utilização do espaçador de cimento não é capaz de prover a estabilização mecânica adequada. Com o intuito de melhorar a estabilização mecânica foi desenvolvida a técnica de utilizar o espaçador de cimento com uma haste rígida no seu interior. Dessa forma o cimento com antibiótico fica em contato com o leito ósseo e muscular e a haste no núcleo da montagem permite uma melhor estabilização funcional.

Após a montagem do sistema de espaçador o paciente é tratado clinicamente (por um período variável de tempo) com antibioticoterapia adequada (baseada em exames de cultura e antibiograma colhidos da região periprotética) e, após a remissão total dos sinais e sintomas e estabilização dos parâmetros laboratoriais, pode-se retirar o espaçador e recolocar uma nova ENC.^{9,10}

O objetivo desse trabalho é demonstrar um método de tratamento das infecções profundas em pacientes submetidos a ressecção tumoral e reconstrução com endoprótese não convencional de joelho.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de 1^a de janeiro de 1990 a 31 de dezembro de 2006 foram realizadas no nosso serviço 283 cirurgias de endoprótese não convencional de joelho após ressecção tumoral (pacientes com tumores no fêmur distal e na tíbia proximal).

Durante o seguimento 24 (vinte e quatro pacientes – 8,48%) pacientes evoluíram com infecção profunda no sítio da endoprótese. Até 2004 os pacientes com infecção profunda periprótese foram tratados com retirada da endoprótese e fixação externa (para alongamento ou artrodese) ou com amputação do membro. A partir de 2004 começamos a realizar o procedimento de retirada da

cirurgia de ressecção tumoral e reconstrução com endoprótese não convencional em outro hospital e passou a realizar o tratamento ambulatorial no nosso serviço. Quando esse paciente retornou ao nosso ambulatório já apresentava infecção profunda e em uso de antibiótico oral há 3 meses e já havia sido submetido a limpeza cirúrgica no sítio da endoprótese.

Os pacientes estudados, com a aprovação do Conselho de Ética da UNIFESP/EPM, consistiam em 2 do sexo masculino e 5 do sexo feminino (71,4%). A média de idade no momento do diagnóstico da infecção era de 35,9 anos (11 a 68 anos). A patologia de base, 6 (seis) pacientes foram acometidos por osteossarcoma (3 metastáticos e 3 não metastáticos). Um paciente teve como patologia de base tumor de células gigantes. Os outros seis pacientes acometidos por osteossarcoma foram tratados com o esquema de quimioterapia neo-adjuvante e adjuvante (de acordo com o protocolo vigente no momento do diagnóstico). O paciente com TGC apresentava um tumor no fêmur distal com lesão extensa, sendo indicado ressecção com margens amplas e reconstrução com endoprótese não convencional de joelho. Esse paciente apresentou 2 episódios de recidiva local e foi submetido a artrodese das recidivas ao redor da prótese. Nenhum paciente recebeu tratamento adjuvante de radioterapia.

Todos os pacientes realizaram tratamento com antibioticoterapia (endovenosa) ao diagnóstico de infecção. Durante o seguimento todos os pacientes foram submetidos ao menos a uma limpeza cirúrgica sem remoção dos componentes. Todos os pacientes foram acompanhados com exames de cultura e antibiograma, velocidade de hemossedimentação e proteínas totais. Todos os pacientes receberam antibioticoterapia e foram submetidos a exame de cultura e antibiograma colhidos no interior da endoprótese e cirurgia de limpeza.

Consideramos elegíveis para a remoção da endoprótese e reconstrução do membro com espaçadores modelados em cimento com antibiótico para todos os pacientes com infecção profunda sem remissão da infecção após um evento de limpeza cirúrgica estando em uso de antibioticoterapia a pelo menos 3 meses (antibioticoterapia específica). Na nossa casuística, 24 pacientes com infecção após 2004 foram considerados elegíveis para o tratamento.

Os sete pacientes foram submetidos a um novo procedimento cirúrgico através da mesma via utilizada para ressecção tumoral. Nos casos que havia fístula, foi realizada fistulectomia e ressecção de toda cicatriz (ressecção em elipse). Ao término da cirurgia de endoprótese, novos exames de cultura e antibiograma foram colhidos para direcionar o tratamento de acordo com os resultados no pós-operatório. As endopróteses foram retiradas com o cimento previamente utilizado. Realizamos um debridamento extenso dos tecidos ao redor da endoprótese. Na abordagem óssea foi realizada uma abordagem minuciosa da medular femoral e tibial. Após a limpeza cirúrgica realizamos limpeza com soro fisiológico 0,9% (ao menos 3 vezes) e foram utilizados em cada cirurgia.

Para reconstrução foram utilizadas hastas femurais com cimento com antibiótico. Em todos os pacientes foi utilizado o cimento acrílico da marca Simplex® com antibiótico. Para definir o controle da infecção utilizamos parâmetros clínicos e laboratoriais. Clinicamente observamos a cicatrização da ferida operatória, ausência de fístulas e secreções purulentas ou sinais flogísticos. Quanto à análise laboratorial observamos a normalização da Velocidade de Hemossedimentação, proteí-



Figura 1 - Espaçador de cimento acrílico com antibiótico ao redor de haste metálica (haste única).

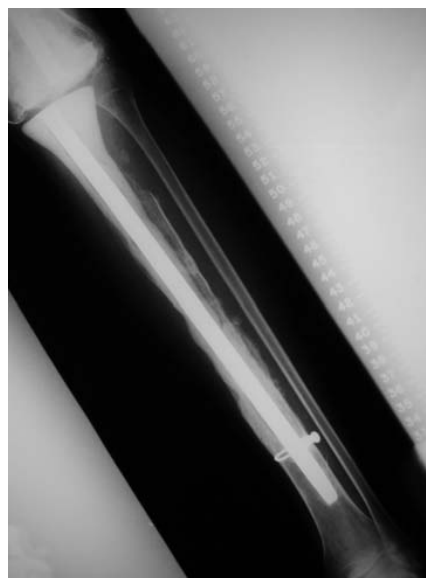


Figura 2 - Espaçador de cimento acrílico com antibiótico ao redor de haste metálica (dupla haste).

RESULTADOS

Encontramos um discreto predomínio da incidência de processo infeccioso nas próteses realizadas nos pacientes com tumores na tíbia proximal, quando comparados com a localização inicial do tumor no fêmur distal (57,1% dos casos apresentavam tumor inicial na tíbia proximal e 42,9% no fêmur distal).

Quanto ao modelo de endoprótese utilizada, em 6 pacientes foi utilizada prótese não convencional do tipo corpo único ("custom made") e em um caso a endoprótese era do tipo extensível. Essa paciente era a única, de toda casuística, que apresentava um prótese parcial de joelho (somente componente femural). O tamanho

Os pacientes apresentaram os primeiros sinais e sintomas dependentes aos processos infecciosos num período variando de 2,3 meses a 127 meses após a cirurgia de colocação da endoprótese, com uma média de 32,1 meses e mediana de 24,8 meses (Figura 3). Os sinais e sintomas encontrados na nossa casuística foram: dor (n=10, 100% dos pacientes), fístula ativa (n=5, 50% dos pacientes), hiperemia (n=3, 30% dos pacientes), hiperemia (n=3, 30% dos pacientes), coleção líquida palpável (n=2, 20% dos pacientes) e exposição da prótese (n=2, 20% dos pacientes) e exposição da prótese (n=2, 20% dos pacientes). (Figura 4)

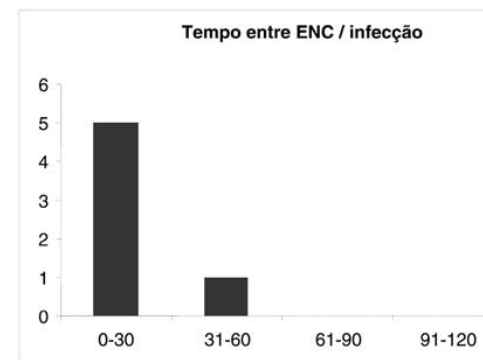


Figura 3 - Tempo de evolução (em dias) entre a colocação da endoprótese e o aparecimento da infecção de acordo com o número de pacientes.

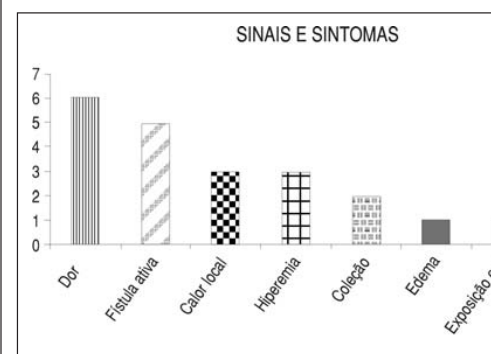


Figura 4 - Sinais e sintomas presentes nos pacientes com infecção por ordem de frequência.

Todos os pacientes foram submetidos ao menos a um procedimento cirúrgico de debridamento e limpeza cirúrgica da articulação para indicação da retirada da endoprótese. Um paciente com diagnóstico de tumor de células gigantes foi submetido a dois procedimentos de limpeza cirúrgica previamente à retirada da endoprótese.

O tempo decorrido entre o diagnóstico clínico da infecção e a retirada da endoprótese variou entre 2,3 meses e 88,8 meses, com uma média de 35,2 meses e mediana de 12,1 meses). O tempo decorrido entre a 1ª cirurgia e a retirada da endoprótese variou entre 2,3 meses e 129,3 meses (média de 67, e mediana de 69,6 meses). Os espaçadores de cimento acrílico com antibiótico foram realizados de forma a bloquear a articulação do joelho com uma ou com duas hastes (montados 2 espaçadores de cimento para o fêmur e um para a tíbia), permitindo que o paciente tenha uma articulação entre os espaçadores (haste dupla)



Na pesquisa dos agentes etiológicos, foram colhidas culturas intra-operatórias do leito das endopróteses. Os agentes etiológicos identificados foram *staphylococcus aureus* em 4 casos (57,1%), *acinetobacter* em 1 caso (14,3%), *streptococcus sp.* em 1 caso (14,3%), e *enterobacter* 1 caso (14,3%). Todos os pacientes receberam, no pós-operatório, antibioticoterapia específica conforme a cultura e o antibiograma. Dessa forma, 4 pacientes (57,1%) foram tratados com ciprofloxacina, 2 pacientes (28,6%) foram tratados com vancomicina e 1 paciente (14,3%) foi tratado com sultamicina. O tempo do tratamento com antibioticoterapia variou entre 2 e 33 meses (média de 5,5 meses) após a retirada da endoprótese.

O sinal clínico objetivo mais prevalente é a presença da fístula ativa. Além da fístula foram avaliados os sinais inflamatórios clássicos (calor, hiperemia, aumento de volume e dor), além dos parâmetros laboratoriais. (Figura 5) Dos 7 pacientes analisados, 6 (85,7% dos casos) evoluíram com melhoria clínica e laboratorial, enquanto 1 paciente não apresentou melhora e evoluiu com permanência do processo infeccioso.

Nos 6 pacientes que houve êxito com o tratamento proposto, o tempo médio de fechamento das fístulas foi 4 semanas (3 – 24 semanas). Os sinais inflamatórios também se normalizaram em 4 semanas (3-24 semanas) enquanto o tempo médio de normalização do VHS e da proteína C reativa foi de 20 semanas (12 – 100 semanas). (Figura 5)

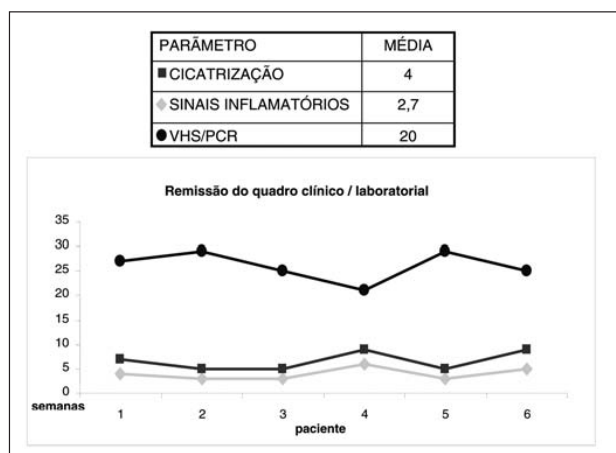


Figura 5 - Correlação entre o tempo de remissão do quadro clínico e sinais inflamatórios.

O seguimento médio dos pacientes é de 68,2 meses (13,9 a 120,9 meses). Um paciente foi submetido a retirada do espaçador e recolocação da endoprótese. Atualmente esse paciente não apresenta sinais de infecção na nova endoprótese. Dos demais 6 pacientes, um está aguardando a recolocação da endoprótese, um faleceu da doença de base e os outros 4 não aceitaram ser submetidos a um novo procedimento cirúrgico com o risco de perpetuação do processo infeccioso. Esses pacientes permaneceram com os espaçadores e até o momento não evidenciamos nenhum tipo de complicação maior.

Dos 7 (sete) pacientes submetidos a colocação do espaçador, 6 (seis) evoluíram com encurtamento do membro acometido, que variou de 1,5 a 8 cm (média de 3,2 cm).

Levando-se em consideração somente os pacientes que permaneceram vivos durante o nosso seguimento temos uma taxa de cura

DISCUSSÃO

A infecção é uma das mais temidas complicações da cirurgia ortopédica. A cirurgia de ressecção tumoral com ENC apresenta riscos de infecção de 5% a 35%. A incidência ocorre principalmente pelas características oncológicas, que muitas vezes apresentam patologia da imunossupressão. Além disso o tratamento com radioterápico tem um papel imunossupressor (local), aumentando o risco de infecção.

Por outro lado, as cirurgias de ressecção tumoral com reconstrução com ENC são cirurgias de grande porte, envolvendo um tempo cirúrgico prolongado e levando a maior de infecções.

Desde a década de 1970 muitos autores tentam definir o melhor método para o tratamento das infecções. O primeiro método de tratamento descrito para infecção em artroplastias totais de joelho foi a limpeza simples, preconizada para qualquer infecção ao redor de implantes.¹¹ Brodersen et al.¹² Foram os primeiros na década de 70 a artrodese do joelho como um tratamento da falha na artroplastia. Na sua série de 40 apresentaram infecção como a causa primária de implante e foram submetidos a artrodese do joelho. Phillips et al.¹³ também propuseram a artrodese e a retirada da implante utilizando, porém, o fixador de Hoffman. Com essa técnica eles conseguiam uma melhora mais rápida e um encurtamento menor do que com as internas.

Insall¹⁴ foi o primeiro autor a escrever um artigo sobre o tema de infecções peri-prótese. O autor considerava a limpeza cirúrgica, a retirada do implante e a antibioticoterapia endovenosa. Insall também foi o pioneiro na proposta de revisão fosse realizada em dois estágios. Após a cirurgia passariam por seis semanas de antibiótico endovenoso, então seria indicada uma nova prótese.

Poss et al.¹⁵, na década de 80, avaliaram 4240 pacientes definindo quais seriam os seus grupos de risco mais imunes a infecção ao redor do joelho. No seu texto os autores afirmam que as patologias que levam a imunossupressão são um fator de risco para a infecção ao redor de artroplastias de joelho, seguido dos pacientes com cirurgias de revisão. Bliss e McBride¹⁶ ressaltaram, na mesma época, a importância da total cobertura da prótese com retalhos mio-cutâneos. Na década de 1980 Borden e Gearen¹⁷ propuseram um método para o tratamento da infecção periprótese total de joelho. Os métodos descritos pelos autores consistiam na remoção da prótese, na limpeza cirúrgica agressiva e isolamento com dois estágios.

Wilde e Ruth¹⁸ foram pioneiros na descrição do método de dois estágios com o uso do espaçador de cimento impregnado com antibiótico. Nesse trabalho inicial os autores realizaram a remoção da prótese e mantinham o paciente sob antibioticoterapia intravenosa por 4,2 semanas, sendo realizada a retirada e a recolocação da artroplastia. Morrey et al.¹⁹, em 1989, demonstrou que nas infecções agudas o desbridamento e a limpeza agressivos podem curar a infecção em até 80% dos casos. Wirganowicz et al.³ Avaliaram as causas de falha em artroplastias não convencionais. Os autores avaliaram 100 casos encontrando uma taxa de infecção de 13%. Mais tarde, Gosheger et al.²⁰ avaliaram o efeito da cobertura da endoprótese como um meio de diminuir o risco de



tratamento para infecções profundas ao redor de endopróteses não convencionais de joelho, buscamos amparo nas técnicas de tratamento de infecções ao redor de artroplastia total de joelho. A nossa preocupação inicial foi a manutenção da cirurgia conservadora do membro. A indicação da limpeza cirúrgica previamente a retirada da endoprótese é descrita e pode levar a resolubilidade do processo infeccioso sem a necessidade de um procedimento mais agressivo.

CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos não conseguimos identificar os principais fatores preditivos positivos para uma melhor resolução dos casos de infecção peri-endoprótese não convencional. Concluimos que o método utilizado apresenta bons resultados e grande chance de curar o processo infeccioso. Observamos ainda que o método traz como principal complicação a dismetria do membro acometido pela infecção.



REFERÊNCIAS

1. Marcove RC, Khafagy MM. Total femur and knee replacement using a metallic prosthesis. Clin Bull. 1974;4:69-71.
2. Harrington KD, Johnston JO, Kaufer HN, Luck JV Jr, Moore TM. Limb salvage and prosthetic joint reconstruction for low-grade and selected high-grade sarcomas of bone after wide resection and replacement by autoclaved [corrected] autogeneic grafts. Clin Orthop Relat Res. 1986;(211):180-214. Erratum in: Clin Orthop Relat Res. 1987;(216):312.
3. Wirganowicz PZ, Eckardt JJ, Dorey FJ, Eilber FR, Kabo JM. Etiology and results of tumor endoprosthesis revision surgery in 64 patients. Clin Orthop Relat Res. 1999;(358):64-74.
4. Fabroni RH, Castagno A, Aguilera AL, Steverlynck AM, Zeballos J. Long-term results of limb salvage with the Fabroni custom made endoprosthesis. Clin Orthop Relat Res. 1999;(358):41-52.
5. Kawai A, Muschler GP, Lane JM, Otis JC, Healey JH. Prosthetic knee replacement after resection of a malignant tumor of the distal part of the femur: Medium to long-term results. J Bone Joint Surg Am. 1998;80: 636-47.
6. Rech L, Schittic H, Plotz W, Trager J, Gradingner R, Burkart R, Reeg S. Custom made total knee replacement in patients with primary or secondary bone tumor. Acta Chir Orthop Traumatol Cech. 1964 ;61:92-6.
7. Jeys LM, Grimer RJ, Carter SR, Tillman RM. Periprosthetic infection in patients treated for an orthopedic oncological condition. J Bone Joint Surg Am. 2005;87:842-9.
8. vonStein T, Gollwitzer H, Kruis C, Bühren V. Arthrodesis after total knee revision. J Bone Joint Surg Am. 2007;89:1422-6.
9. Lombari AV Jr, Berend KR, Adams JB, Kames JM. Articulated hinge prostheses: the standard of care for an infected total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2007;30:782, 786-7.
10. Petty W, Bryan RS, Coventry MB, Peterson LF. Infection after total knee arthroplasty. Orthop Clin North Am. 1975;6:1005-14.
11. Brodersen MP, Fitzgerald RH Jr, Peterson LF, Coventry MB. Infection after revision of the knee following failed total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 1979;61:181-5.
12. Phillips HT, Mears DC. Knee fusion with external skeletal fixation after failed hinge prosthesis: a case report. Clin Orthop Relat Res. 1984;182:117-26.
13. Insall JN, Thompson FM, Brause BD. Two-stage reimplantation of infected total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 1984;66:117-26.
14. Poss R, Thornhill TS, Ewald FC, Thomas WH, Batte NJ, S. Influence of the incidence and outcome of infection following total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 1984;(182):117-26.
15. Bliss DG, McBride GG. Infected total knee arthroplasties. J Bone Joint Surg Am. 1985;(199):207-14.
16. Borden LS, Gearren PF. Infected total knee arthroplasty. A problem in management. J Arthroplasty. 1987;2:27-36.
17. Wilde AH, Ruth JT. Two-stage reimplantation in infected total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 1988;(236):23-35.
18. Morrey BF, Westholm F, Schoofet S, Rand JA, Bryan RS. Long-term results of various treatment options for infected total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 1990;72:117-26.