



DES « Maladies infectieuses et tropicales »
Thématique n°10 : Infections ostéo-articulaires
Mardi 24 mars 2026

Physiopathologie des infections ostéo-articulaires

Florent Valour

florent.valour@chu-lyon.fr

Service des maladies infectieuses et tropicales
Centre de référence pour la prise en charge des IOA complexes (CRIOAc Lyon)
Hospices Civils de Lyon



INSERM U1111 – Equipe « Pathogénèse des infections à staphylocoques »
Centre International de Recherche en Infectiologie (CIRI)
Université Claude Bernard Lyon 1



Mécanismes de survenue

Modes de survenue (1) : hémato-gène



Mécanisme le plus fréquent : greffe hémato-gène au cours d'une bactériémie

- Arthrite sur articulation native +++
- Spondylodiscite +++

→ *S. aureus*

→ Favorisé par anomalie ostéo-articulaire sous-jacente +++

Pathologie articulaire sous-jacente (50%)

- **Polyarthrite rhumatoïde +++ (RR x 3-15)**
 - 30-100/ 100 000 h / an
 - Prédisposition articulaire
 - Immunosuppression locale (+ IS)
 - Rôle du portage de *S. aureus* augmenté ?
- **Autres arthropathies**
Microcristallines, inflammatoires, dégénératives ...

Modes de survenue (1) : hématoène

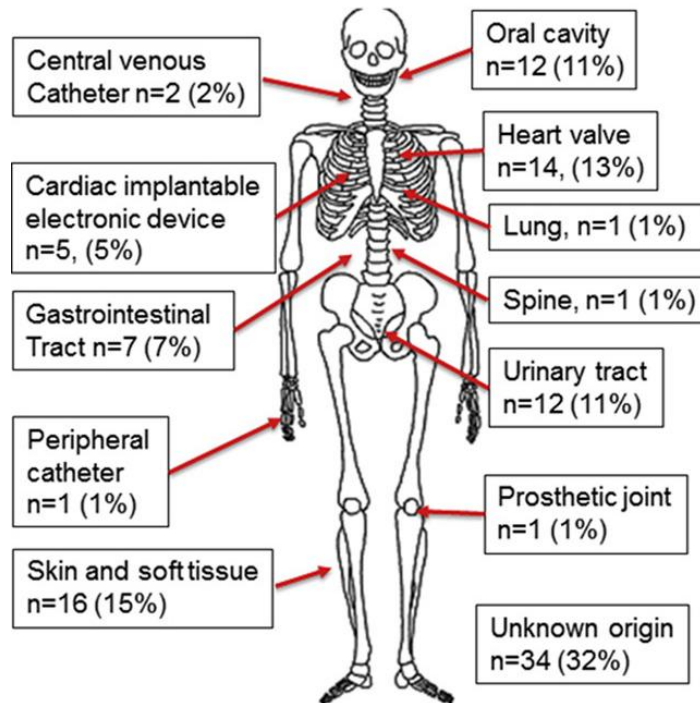


Mécanisme le plus fréquent : greffe hématoène au cours d'une bactériémie

- Arthrite sur articulation native +++
- Spondylodiscite +++
- Infection de prothèse articulaire

Bactériémie chez des patients porteurs de prothèse : 3,8% (Honkanen, 14 378 patients)

Origine (Rako, 106 patients)



Modes de survenue (1) : hémato-gène



Mécanisme le plus fréquent : greffe hémato-gène au cours d'une bactériémie

- Arthrite sur articulation native +++
- Spondylodiscite +++
- Infection de prothèse articulaire

Bactériémie chez des patients porteurs de prothèse : 3,8% (Honkanen, 14 378 patients)

Risque de greffe bactérienne sur prothèse en cas de bactériémie

***S. aureus* = 20-40% vs autres germes = 1-2%**

Sendi	2010	30	40%
Lalani	2008	29	38%
Murdoch	2001	44	34%
Papadimitriou-Olivgeris	2022	135	28%
Honkanen	2021	542	21%
Dufour	2019	143	19%

Modes de survenue (1) : hémato-gène



Mécanisme le plus fréquent : greffe hémato-gène au cours d'une bactériémie

- Arthrite sur articulation native +++
- Spondylodiscite +++
- Infection de prothèse articulaire

Bactériémie chez des patients porteurs de prothèse : 3,8% (Honkanen, 14 378 patients)

Risque de greffe bactérienne sur prothèse en cas de bactériémie

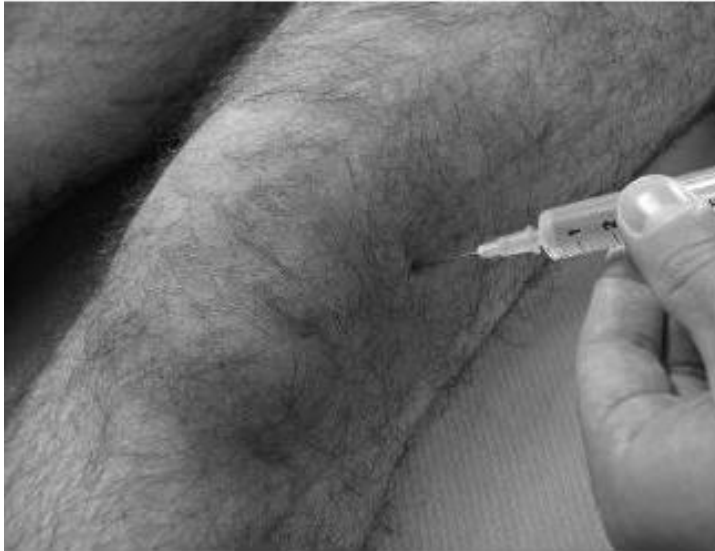
***S. aureus* = 20-40% vs autres germes = 1-2%**

Sendi	2010	30	40%
Lalani	2008	29	38%
Murdoch	2001	44	34%
Papadimitriou-Olivgeris	2022	135	28%
Honkanen	2021	542	21%
Dufour	2019	143	19%

Facteurs de risque

- Prothèse de genou
- ATCD de révision
- Bactériémie communautaire
- Âge < 70 ans

Modes de survenue (2) : inoculation directe



Ponctions

- Exceptionnel : 1 / 10 000 à 1 / 100 000

Infiltrations

- Rare : < 0,04%

Chirurgie

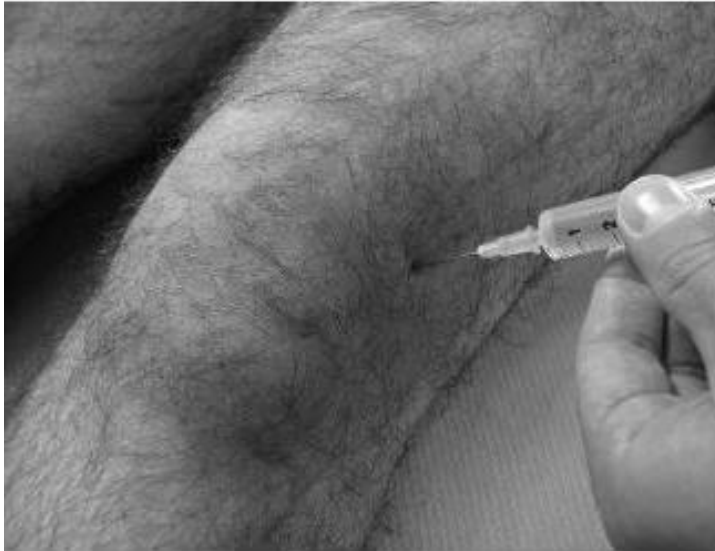
- Arthroscopie : 0,04-0,4%
- Si reconstruction : 0,1-2,3%
- *S. aureus* : 35-70%

FR (étude SOFCOT)

- Tabac
- Diabète
- Obésité
- Sportifs

Autres : traumatismes, morsures ...

Modes de survenue (2) : inoculation directe



Ponctions

- Exceptionnel : 1 / 10 000 à 1 / 100 000

Infiltrations

- Rare : < 0,04%

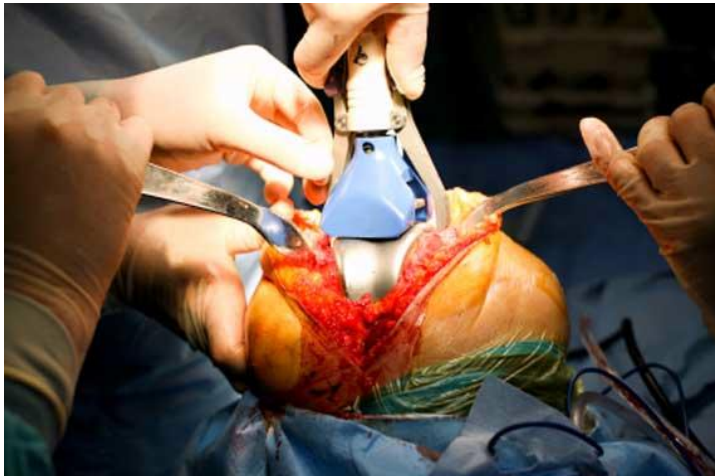
Chirurgie

- Arthroscopie : 0,04-0,4%
- Si reconstruction : 0,1-2,3%
- *S. aureus* : 35-70%

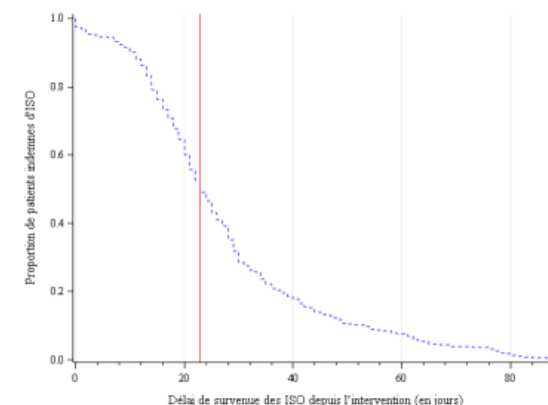
FR (étude SOFCOT)

- Tabac
- Diabète
- Obésité
- Sportifs

Autres : traumatismes, morsures ...



Interventions	Nb interv.	Nb ISO	Taux d'ISO (%)	IC _{95%}	Nb jrs suivi	DI/1 000 jours de suivi	IC _{95%}
Prothèse de hanche (primaire ou de première intention)							
Global	14 236	192	1,35	1,16 - 1,54	704 599	0,27	0,23 - 0,31
NNIS-0	6 982	67	0,96	0,73 - 1,19	357 900	0,19	0,14 - 0,23
NNIS-1	5 615	92	1,64	1,30 - 1,97	268 449	0,34	0,27 - 0,41
NNIS-2,3	734	20	2,72	1,53 - 3,92	36 191	0,55	0,31 - 0,79
Reprise de prothèse de hanche							
Global	1 369	54	3,94	2,89 - 5,00	69 721	0,77	0,57 - 0,98
NNIS-0	571	22	3,85	2,24 - 5,46	29 168	0,75	0,44 - 1,07
NNIS-1	594	21	3,54	2,02 - 5,05	29 801	0,70	0,40 - 1,01
NNIS-2,3	129	10	7,75	2,95 - 12,56	6 908	1,45	0,55 - 2,34
Prothèse de genou (primaire ou de première intention)							
Global	10 975	99	0,90	0,72 - 1,08	587 393	0,17	0,14 - 0,20
NNIS-0	5 415	39	0,72	0,49 - 0,95	287 529	0,14	0,09 - 0,18
NNIS-1	4 253	49	1,15	0,83 - 1,47	228 872	0,21	0,15 - 0,27
NNIS-2,3	740	8	1,08	0,33 - 1,83	40 402	0,2	0,06 - 0,34
Reprise de prothèse de genou							
Global	511	22	4,31	2,51 - 6,10	26 643	0,83	0,48 - 1,17
NNIS-0	214	7	3,27	0,85 - 5,69	10 202	0,69	0,18 - 1,19
NNIS-1	204	10	4,90	1,86 - 7,94	10 917	0,92	0,35 - 1,48
NNIS-2,3	52	4	7,69	0,15 - 15,23	3 071	1,3	0,03 - 2,58



Modes de survenue (3) : contiguïté



Entre virulence et persistance

Mohamed, 14 ans, pas d'antécédent

Tableau brutal : fièvre à 39°C avec frissons, douleurs et impotence fonctionnelle du MI gauche

Arthrite du genou clinique + douleur intense à la palpation de l'épiphyse fémorale inférieure

Hémocultures positives à *S. aureus* méti-S (par ailleurs multi-sensible)

Radiographies simples normale

Echo : épanchement articulaire, pas de collection. Ponction positive à MSSA

Diagnostic d'**OSTÉOMYÉLITE AIGUË HÉMATOGÈNE**

OXACILLINE IV + acide fusidique

Rash à J8 : relais à J8 par CLINDAMYCINE per os pour 6 semaines au total

Bonne évolution immédiate

Douleurs récidivantes (quelques jours, tous les hivers)



22 ans plus tard ...

36 ans, préparateur de commandes

Persistance de l'épisode douloureux hivernal ...

Douleurs devenant continues, insomniantes avec boiterie

OSTEITE (très) CHRONIQUE

Fémorotomie, curetage

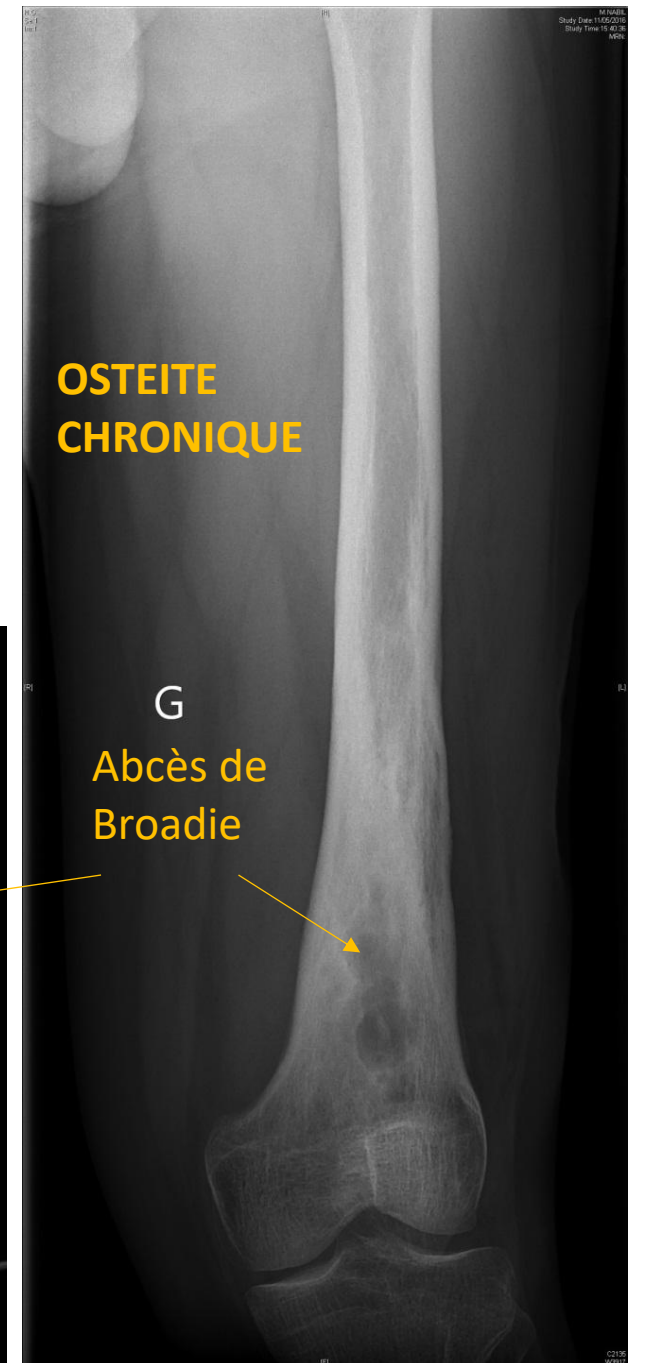
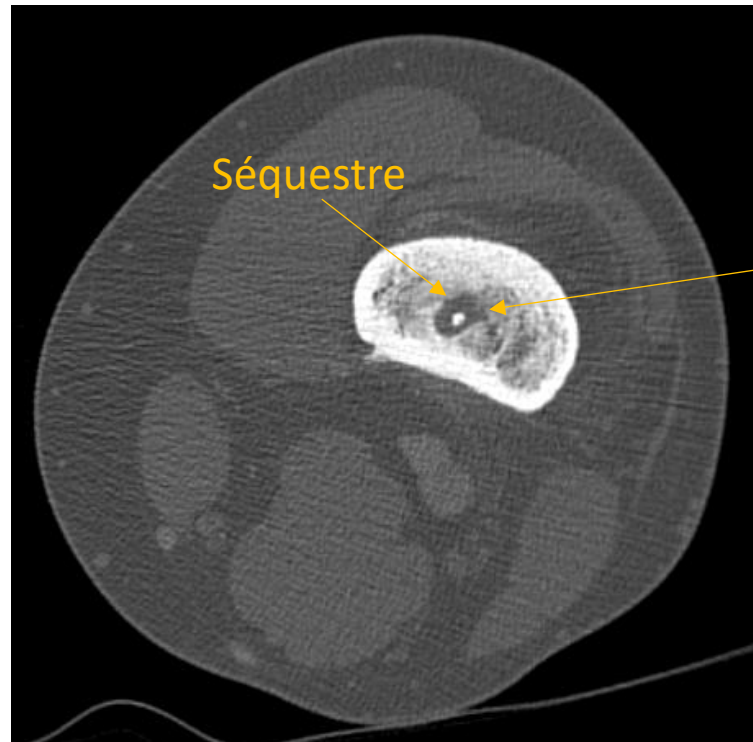
Prlvmts : stériles, PCR 16+ MSSA

Redon + MSSA

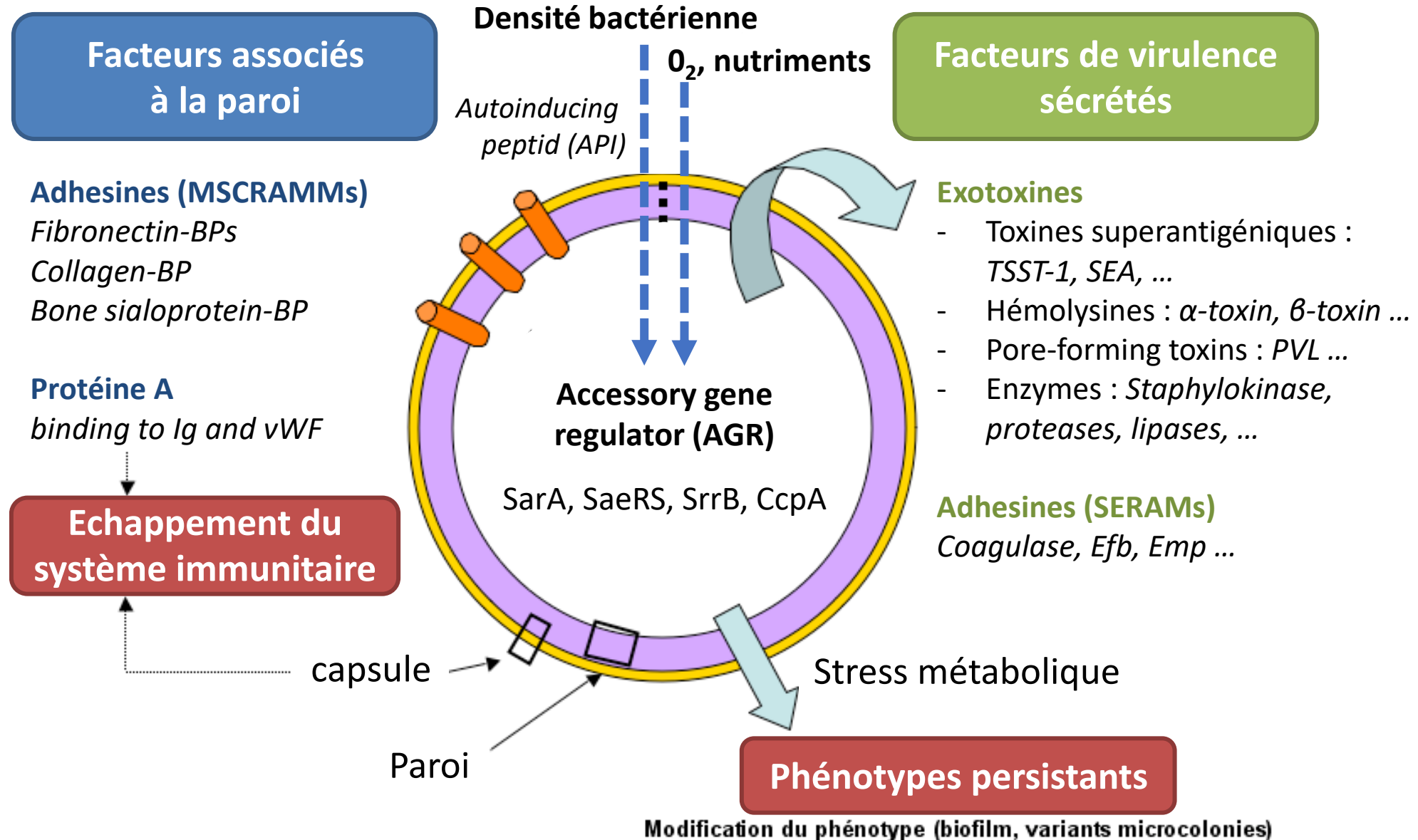
CEFAZOLINE – RIFAM (2 sem)

RIFAM – OFLOXACINE (total : 3 ms)

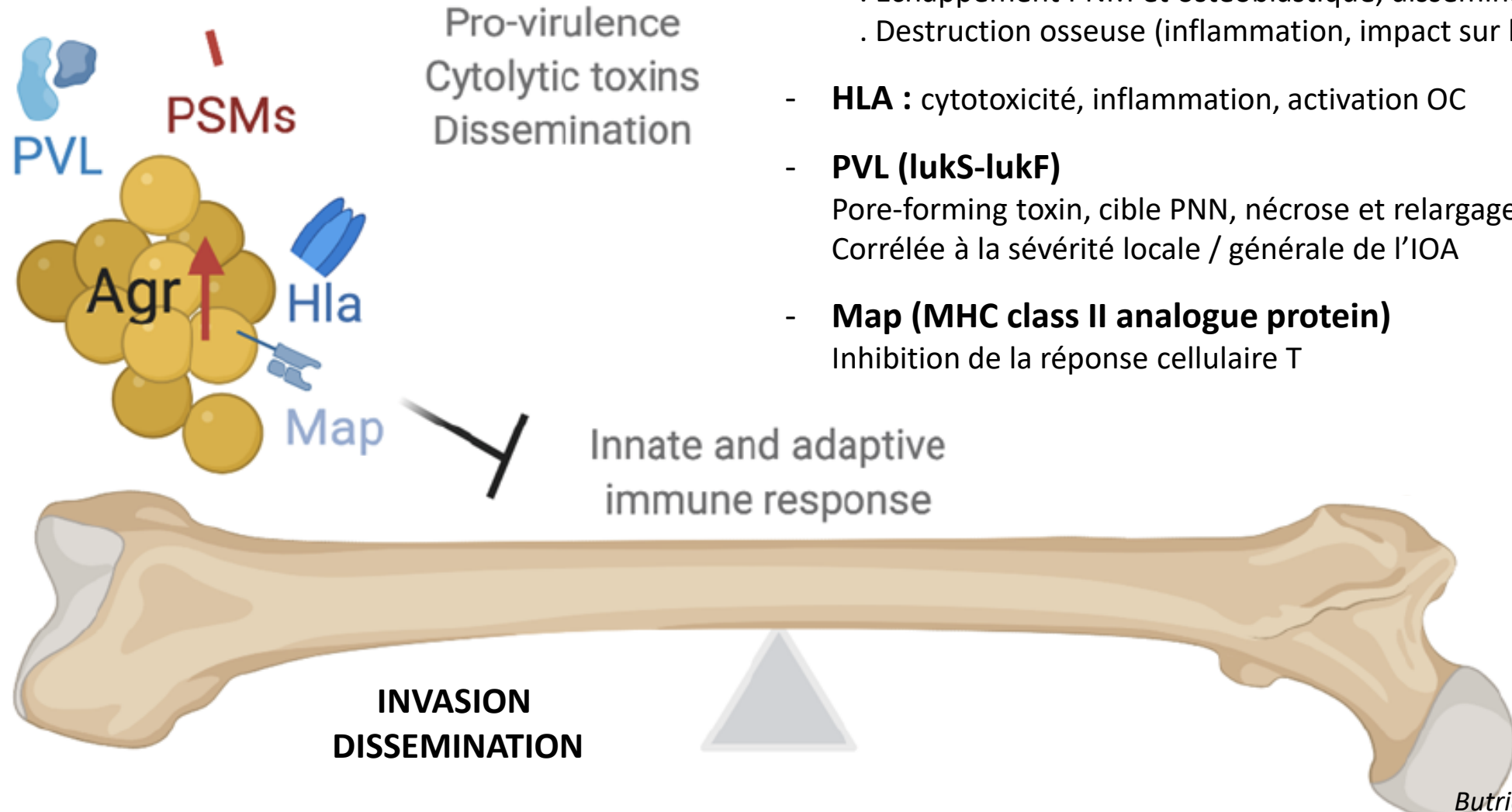
Bonne évolution



Staphylococcus aureus : entre virulence et persistance

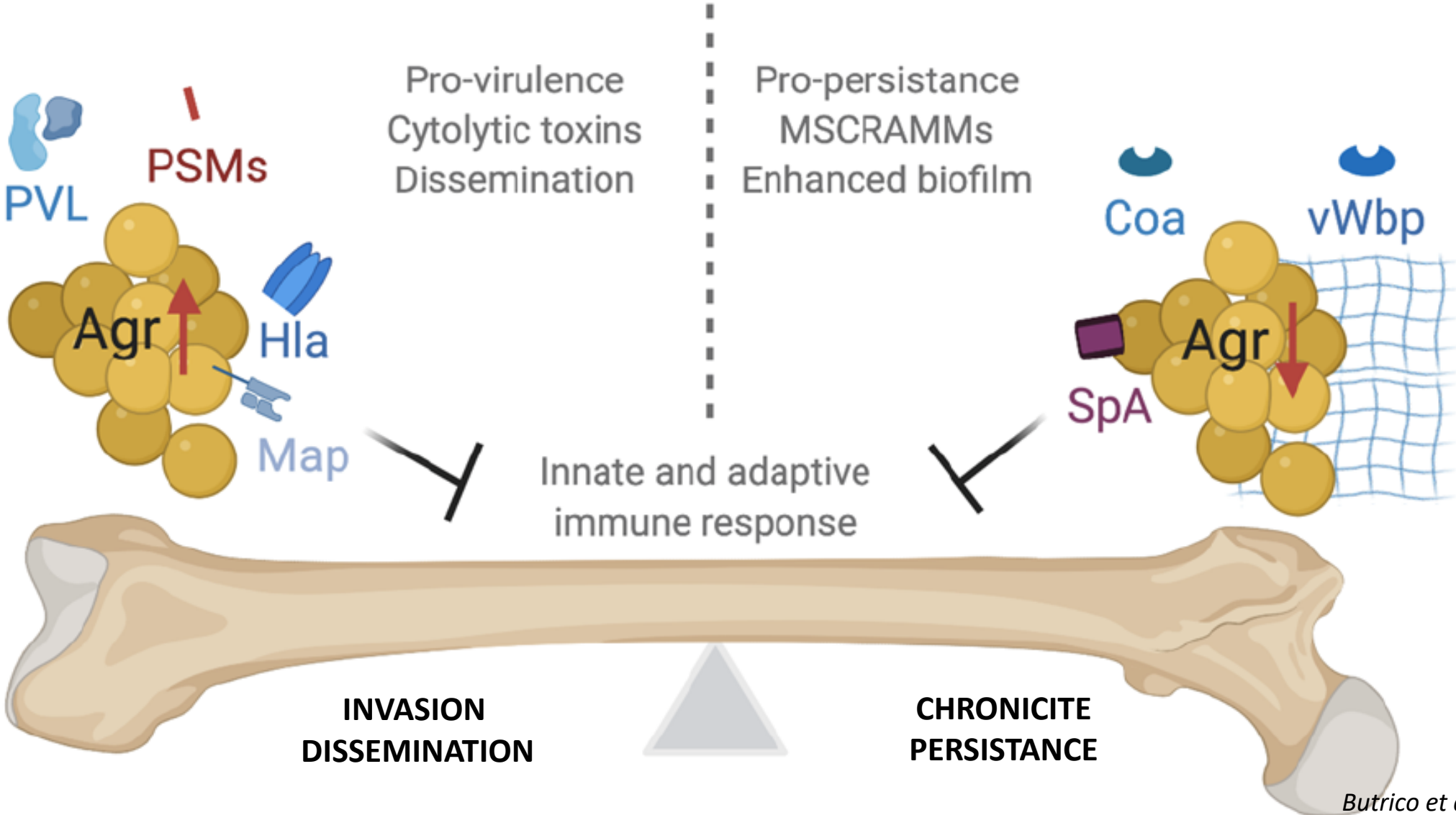


Initiation de l'infection : toxines

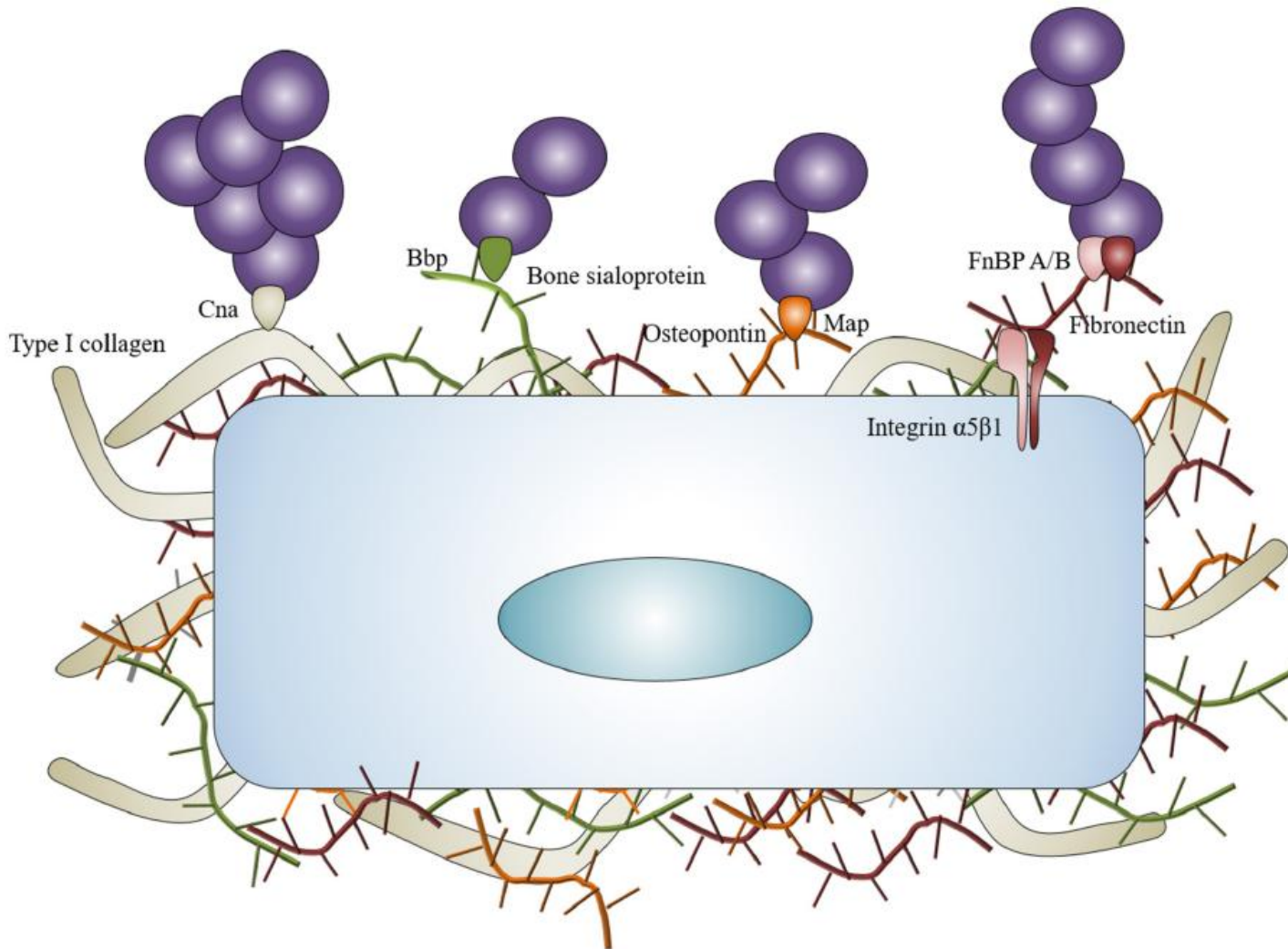


- **PSMs : α et β , delta-hémolysine (hld)**
 - . Cytotoxicité (incluant cellules osseuses)
 - . Activation neutrophilique et relargage cytokinique
 - . Echappement PNM et ostéoblastique, dissémination
 - . Destruction osseuse (inflammation, impact sur le remodelage)
- **HLA** : cytotoxicité, inflammation, activation OC
- **PVL (lukS-lukF)**
Pore-forming toxin, cible PNN, nécrose et relargage cytokinique
Corrélée à la sévérité locale / générale de l'IOA
- **Map (MHC class II analogue protein)**
Inhibition de la réponse cellulaire T

Initiation de l'infection : toxines et adhésines



Initiation de l'infection : toxines et adhésines



IOA d'INOCULATION

Quantité de *S. aureus* nécessaire à l'obtention d'une infection / 100 000 en présence de matériel

Idem S. epidermidis, P. acnes

Elek et al 1957 – Zimmerli et al, JID 1982

IOA HEMATOGENES

Sendi	2010	30	40%
Murdoch	2001	44	34%
Lalani	2008	29	38%

**Risque de greffe bactérienne en cas de bactériémie
S. aureus = 40% vs autres germes = 1-2%**

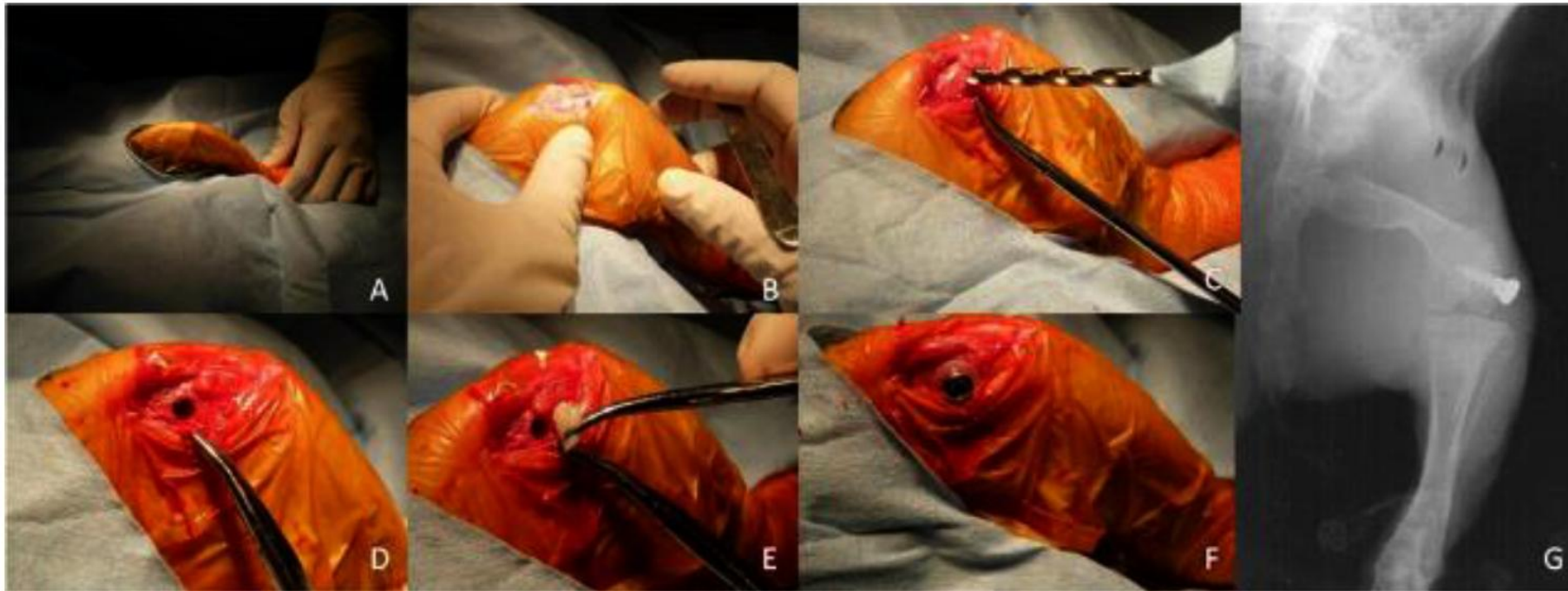


Implications thérapeutiques : thérapies et prophylaxies ciblées ?

Multimechanistic Monoclonal Antibody Combination Targeting Key *Staphylococcus aureus* Virulence Determinants in a Rabbit Model of Prosthetic Joint Infection

Yanjie Mao,^{a,b*} Florent Valour,^{a,c,d*} Nhu T. Q. Nguyen,^a Thien M. N. Doan,^a Holly Koelkebeck,^e Christopher Richardson,^f Lily I. Cheng,^e Bret R. Sellman,^f Christine Tkaczyk,^f Binh An Diep^a

Modèle lapin d'infection de prothèse articulaire à *S. aureus* USA300

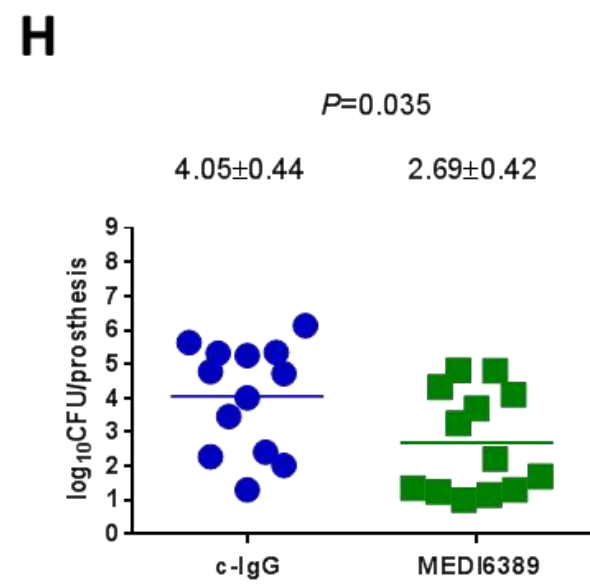
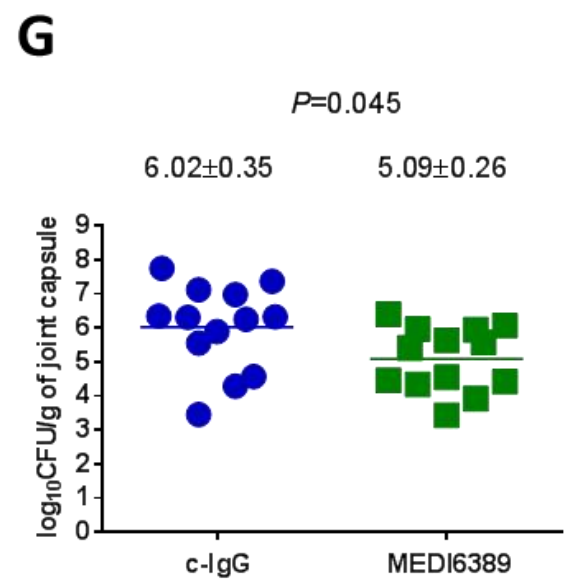
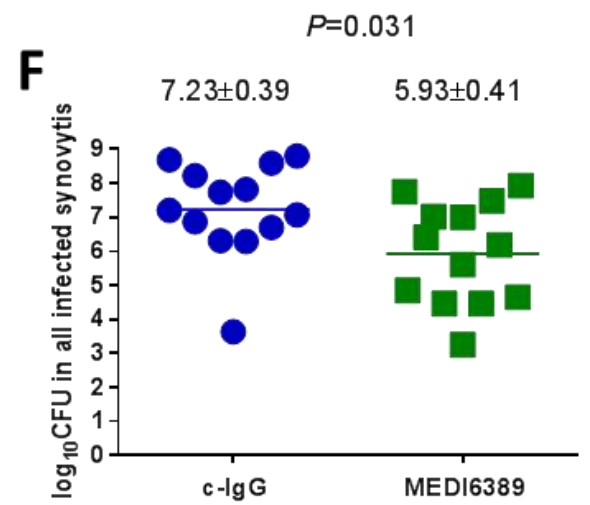
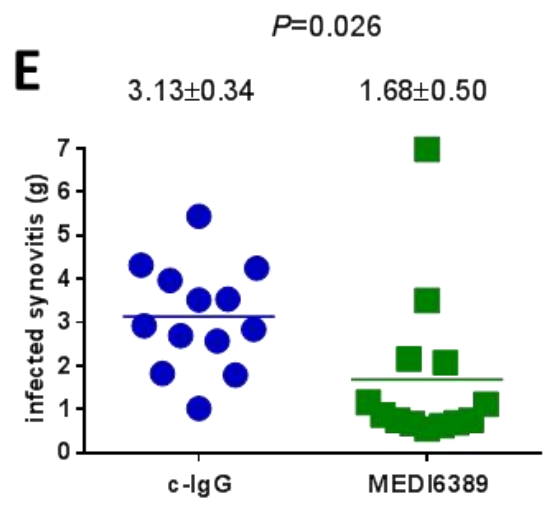
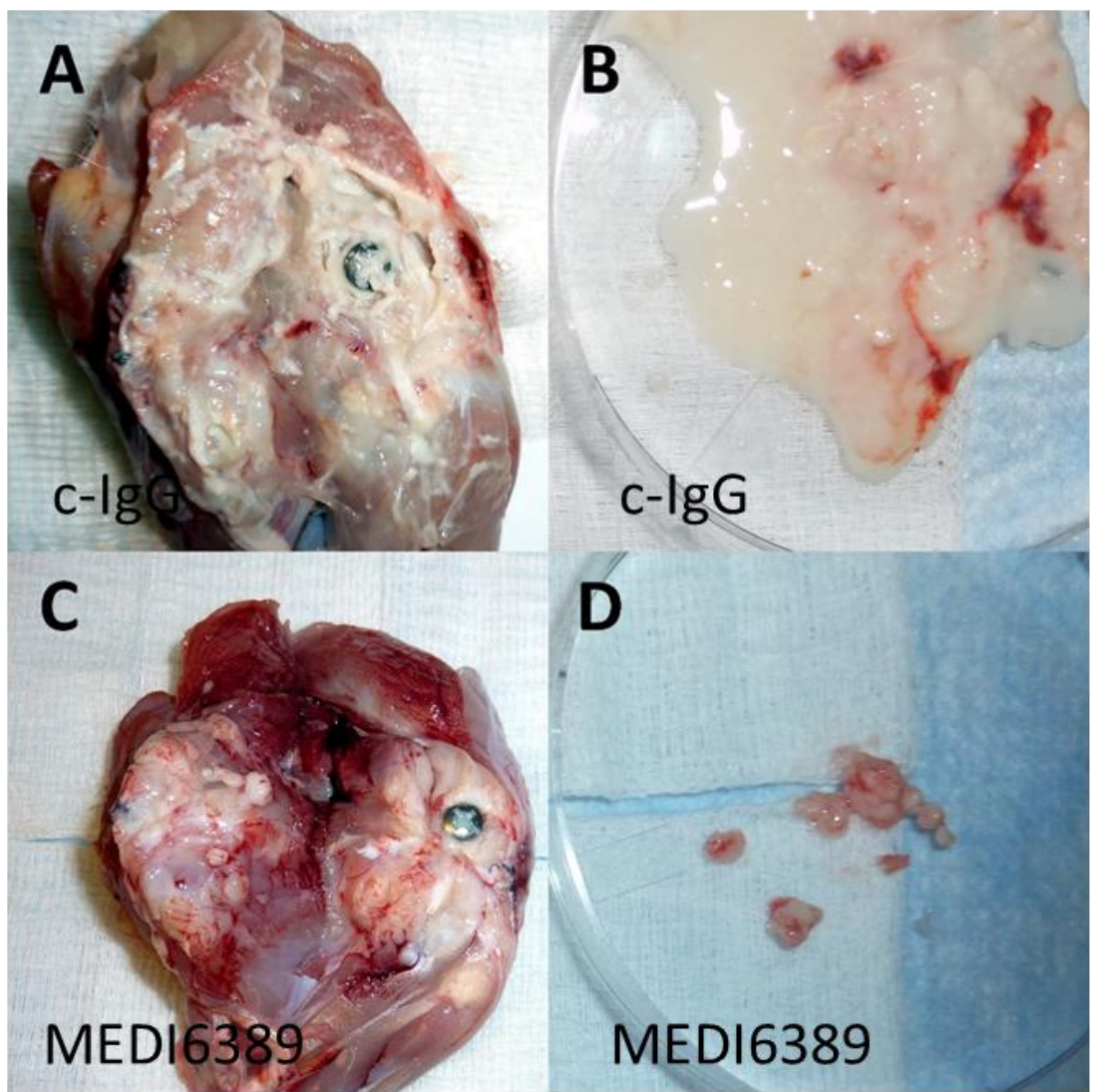


Randomisation pour injection 12h pré-opératoire

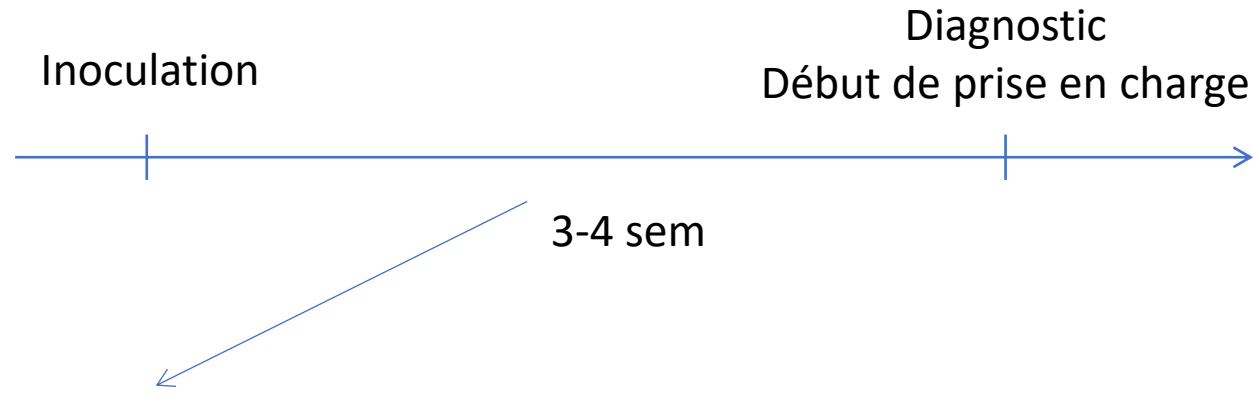
- Ig polyvalentes
- MEDI6389 : mAb anti-*S. aureus* ciblant AT, PVL, lukED, gamma-hémolysine et ClfA



Implications thérapeutiques : thérapies et prophylaxies ciblées ?



Chronicité : importance du concept



< 3-4 semaines

IOA AIGUE

- Réplication bactérienne +++
- Infection suppurative
- Congestion vasculaire



**TRAITEMENT
CONSERVATEUR**

Risque de récurrence

Chronicité : importance du concept



Inoculation

Diagnostic
Début de prise en charge

3-4 sem

???



< 3-4 semaines

IOA AIGUE

- Réplication bactérienne +++
- Infection suppurative
- Congestion vasculaire



**TRAITEMENT
CONSERVATEUR**

Risque de récurrence

> 3-4 semaines

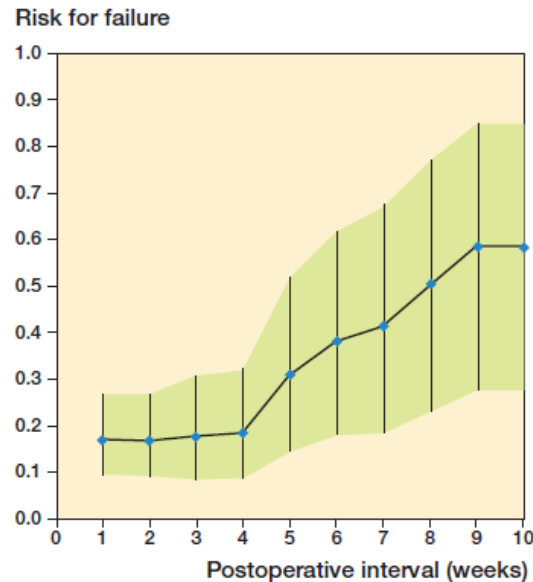
IOA CHRONIQUE

- Tissu osseux ischémique
- Séquestre osseux
- Descellement
- Ralentissement de la croissance bactérienne

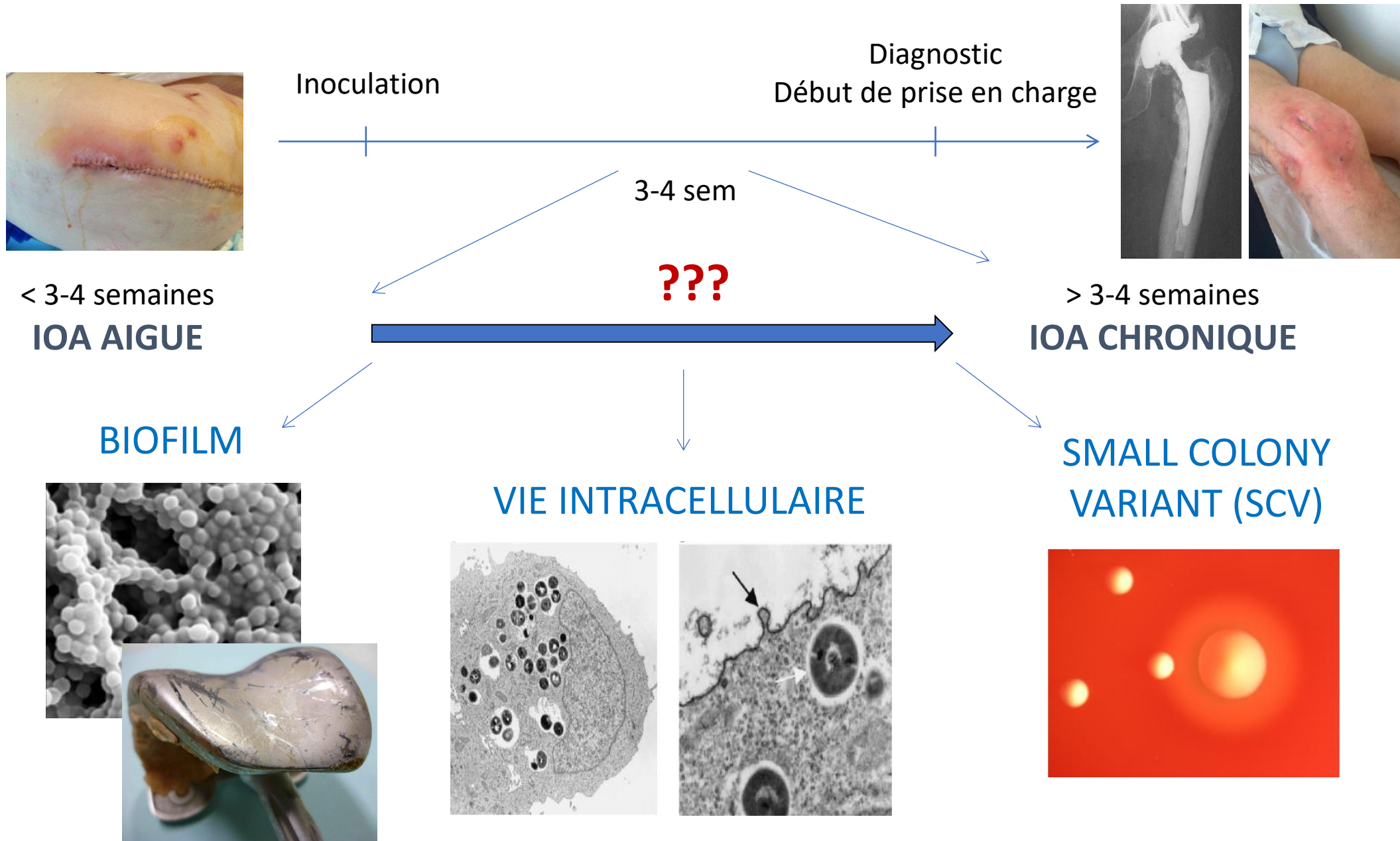


**ABLATION DES
IMPLANTS**

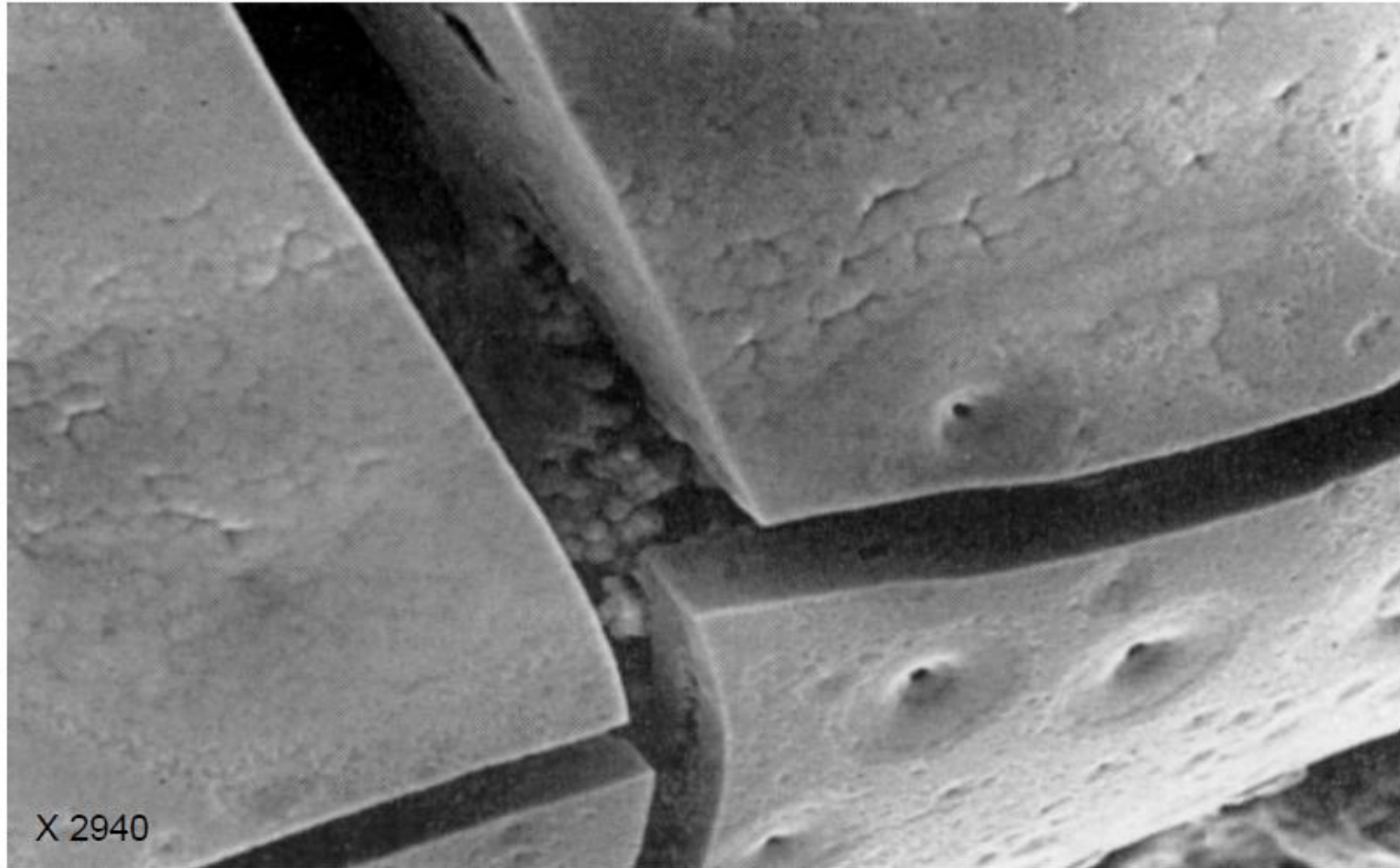
Taux élevé d'échec
thérapeutique



Chronicité : importance du concept



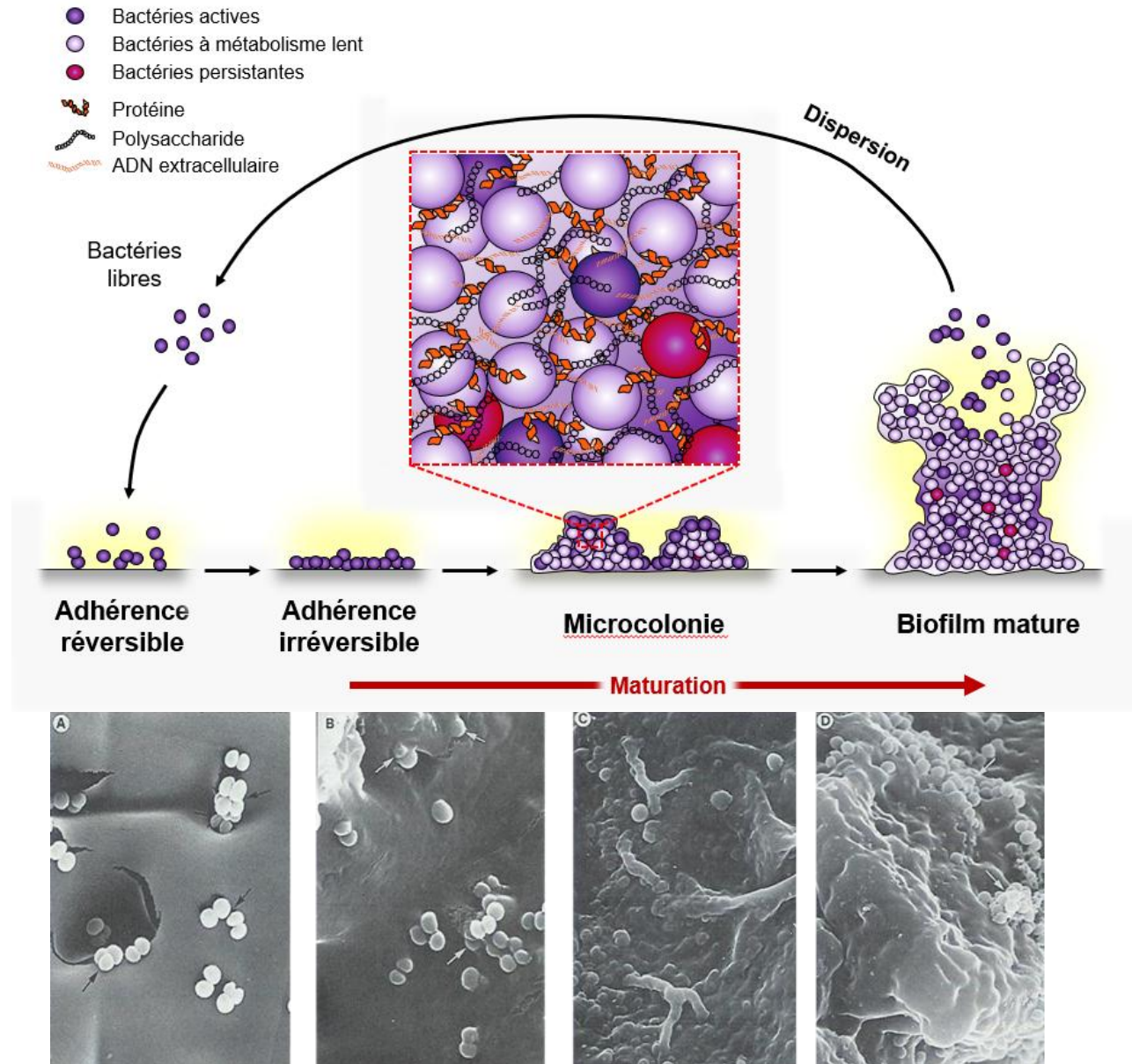
Biofilm



Biofilm et séquestre osseux
Evans et al. *Clin Orthop* 1998: 243-249

Biofilm

- **Adhésion**
Adhésines
- **Multiplication**
- **Cohésion**
PNAG (*ica*), FnBP, ADN ...
- **Maturation**
- **Coordination : « quorum sensing »**
(densité bactérienne, environnement)





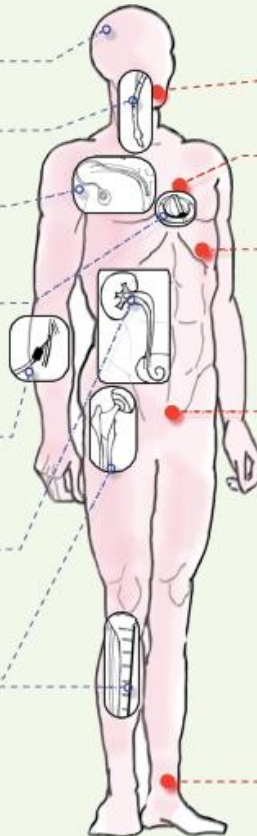
Implications thérapeutiques : tolérance anti-microbienne au sein du biofilm

ESCMID GUIDELINES

ESCMID* guideline for the diagnosis and treatment of biofilm infections 2014

Infections liées au matériel

- Dérivations ventriculaires
- Sondes oro-trachéales
- Cathéters vasculaires centraux (artériels et veineux)
- Valves cardiaques et stimulateurs cardiaques
- Cathéters vasculaires périphériques
- Sondes sur voies urinaires (urétrales et urétérales)
- Prothèses articulaires et matériels d'ostéosynthèse



Infections chroniques

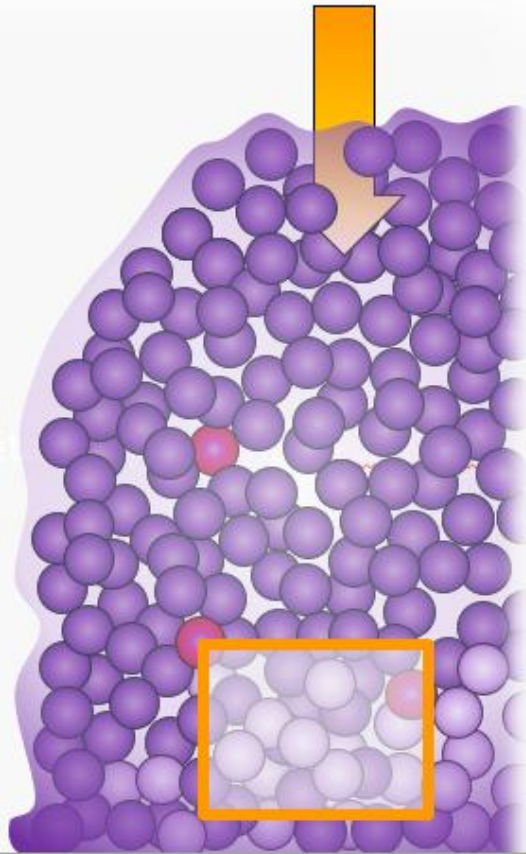
- Pathologies buccodentaires et ORL (caries, stomatites, otites chroniques)
- Endocardites infectieuses
- Pneumopathies chez les patients atteints de mucoviscidose
- Infections urinaires récurrentes
- Infections associées aux plaies chroniques

- Aucun test de sensibilité aux antibiotiques des bactéries en biofilm n'est prédictif du succès thérapeutique actuellement
- En cas d'infection sur matériel, éradication par ATB seuls possible uniquement si évolution ≤ 3 (hématogène) à 4 (inoculation) sem
- Importance des ATB « anti-biofilm », notamment en cas de traitement conservateur



Implications thérapeutiques : tolérance anti-microbienne au sein du biofilm

Mécanisme de « tolérance » aux antibiotiques (≠ résistance)



Surface biotique ou abiotique

Barrière physique à la pénétration des ATB

- Architecture et composition du biofilm

Adsorption des antibiotiques

- Ex : *S. aureus* et PNAG, acides téchoïques

Réduction du métabolisme bactérie

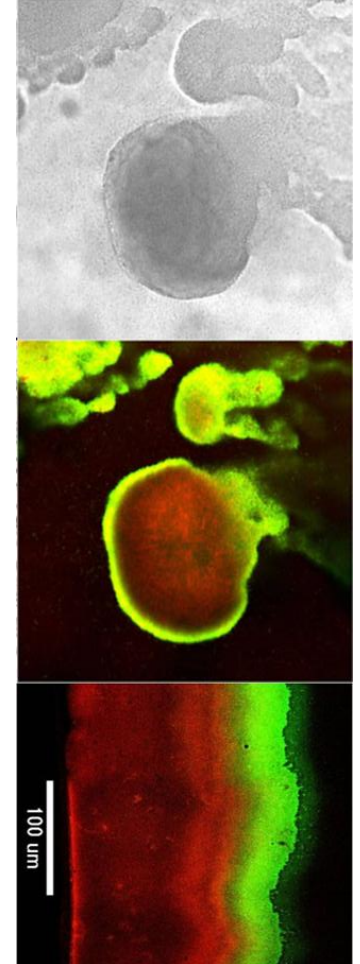
- Faible multiplication
- Diminution de l'expression des protéines membranaires
- Anaérobiose et inactivité des aminoglycosides

Inactivation par les enzymes matricielles

Effet inoculum

Induction de gènes spécifiques de résistance

- Augmentation de la fréquence des mutations
- Ex : pompes à efflux ndvB





Implications thérapeutiques : tolérance anti-microbienne au sein du biofilm

ATB	MIC	MBEC	Ratio	
<i>S. aureus</i>				
Rifampicine	0,01-0,1	1-16	x20	(10-80)
Fosfomycine	2-32	64-512	x50	(10-100)
Linézolide	1-2	32-256	x50	(30-100)
Gentamicine	0,5-4	35-512	x50	(50-200)
Daptomycine	0,25-1	16-256	x80	(50-200)
Vancomycine	0,5-2	64-1024	x200	(100-500)
<i>S. epidermidis</i>				
Rifampicine	0,01-0,1	1-8	x15	(10-50)
Linézolide	1-4	64-256	x50	(30-100)
Daptomycine	0,5-1	32-128	x60	(50-100)
Vancomycine	1-4	128-1024	x150	(100-300)

Estimations MIC / MBEC
Gram positifs



Implications thérapeutiques : tolérance anti-microbienne au sein du biofilm

	ATB	MIC	MBEC	Ratio	
			<i>P. aeruginosa</i>		
	Ciprofloxacine	0,25-1	4-128	x30	(10-100)
	Colimycine	0,5-2	16-256	x50	(10-100)
	Tobramycine	0,5-2	32-256	x60	(50-100)
	Ceftazidime	1-8	128-1024	x300	(100-1000)
Estimations MIC / MBEC Gram négatifs			Enterobacterales		
	Ciprofloxacine	0,25-1	8-64	x20	(10-50)
	Fosfomycine	4-32	64-512	x50	(10-100)
	Carbapénèmes	0,25-1	16-128	x50	(20-100)
	Ceftriaxone	0,5-2	64-512	x100	(50-200)



Implications thérapeutiques : tolérance anti-microbienne au sein du biofilm

J Antimicrob Chemother 2014; **69** Suppl 1: i37–i40
doi:10.1093/jac/dku254

Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy

Impact of bacterial biofilm on the treatment of prosthetic joint infections

Cédric Jacqueline* and Jocelyne Caillon

Antibiotics	Inhibition of biofilm formation (adhesion)	Biofilm penetration	Bactericidal activity in biofilm
Vancomycin	+	++	+
Linezolid	+	++	+
Daptomycin	+	+++	++
Rifampicin	+	+++	++
Moxifloxacin	+	++	++
Rifampicin + daptomycin	+	+++	+++
Rifampicin + vancomycin	+	++	++
Rifampicin + linezolid	+	+++	+++

Chronic Implant-Related Bone Infections – Can Immune Modulation be a Therapeutic Strategy?

Myeloid-Derived Suppressor Cells Contribute to *Staphylococcus aureus* Orthopedic Biofilm Infection

Cortney E. Heim, Debbie Vidlak, Tyler D. Scherr, Jessica A. Kozel, Melissa Holzapfel, David E. Muirhead, and Tammy Kielian

Elisabeth Seebach* and Katharina F. Kubatzky*

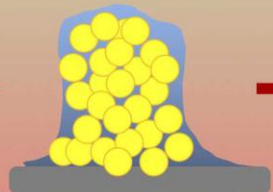
early / acute infection

O₂/pH/nutrients

biofilm formation



immune compromised environment
"frustrated" phagocytosis
host cell exhaustion / death
bacterial adaption
immune recognition ↓



chronic infection



PMNs



M1 Mφ



M2 Mφ



MDSCs



T cells

pro-inflammatory cytokines
phagocytosis, ROS, NOS, NETs

bacterial clearance

ineffective bacterial killing
inflammation induced tissue damage / osteolysis
immune polarization

anti-inflammatory cytokines
IL-10, Arg-1, TGF-β, fibrosis

tolerance /
bacterial persistence

chronic progression

Role of T cells?

Interactions avec les cellules osseuses

Van de Velde H.

Etude sur le mécanisme de la virulence du staphylocoque pyogène.

La Cellule 1894;10:403-60.



THE SURVIVAL OF STAPHYLOCOCCI WITHIN HUMAN LEUKOCYTES*

BY DAVID E. ROGERS,† M.D., AND RALPH TOMPSETT, M.D.

(From the Department of Medicine, New York Hospital-Cornell Medical Center, New York)

PLATES 8 TO 10

(Received for publication, October 10, 1951)

Interactions avec les cellules osseuses

Staphylococcus aureus persistence in non-professional phagocytes

Bettina Löffler*, Lorena Tuchscher, Silke Niemann, Georg Peters

International Journal of Medical Microbiology 304 (2014) 170-176

Décrit avec de nombreux types cellulaires

- Cellules endothéliales
- Cellules épithéliales
- Kératinocytes
- Fibroblastes
- Leucocytes

Interactions avec les cellules osseuses

Staphylococcus aureus persistence in non-professional phagocytes

Bettina Löffler*, Lorena Tuchscher, Silke Niemann, Georg Peters

International Journal of Medical Microbiology 304 (2014) 170-176

Décrit avec de nombreux types cellulaires

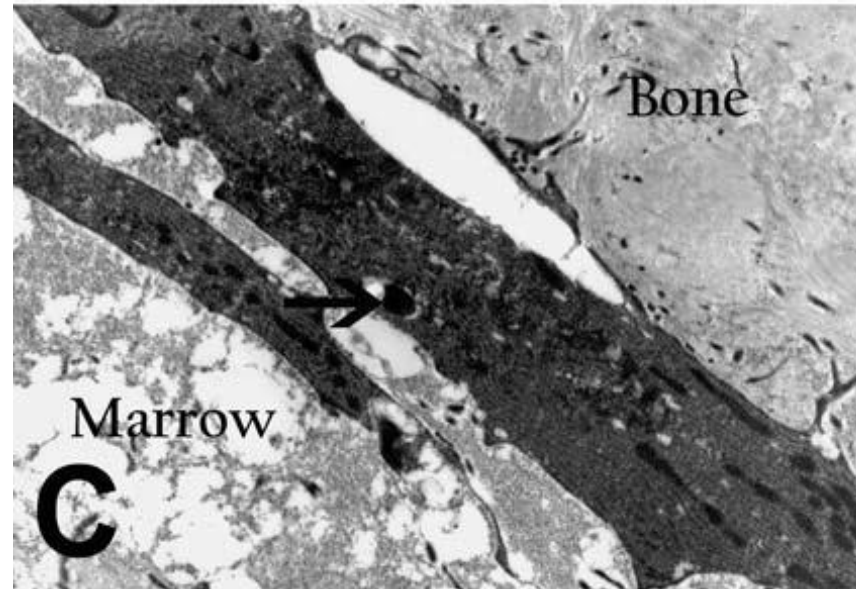
- Cellules endothéliales
- Cellules épithéliales
- Kératinocytes
- Fibroblastes
- Leucocytes
- **et les cellules osseuses !**

Mini Review

Interaction of staphylococci with bone

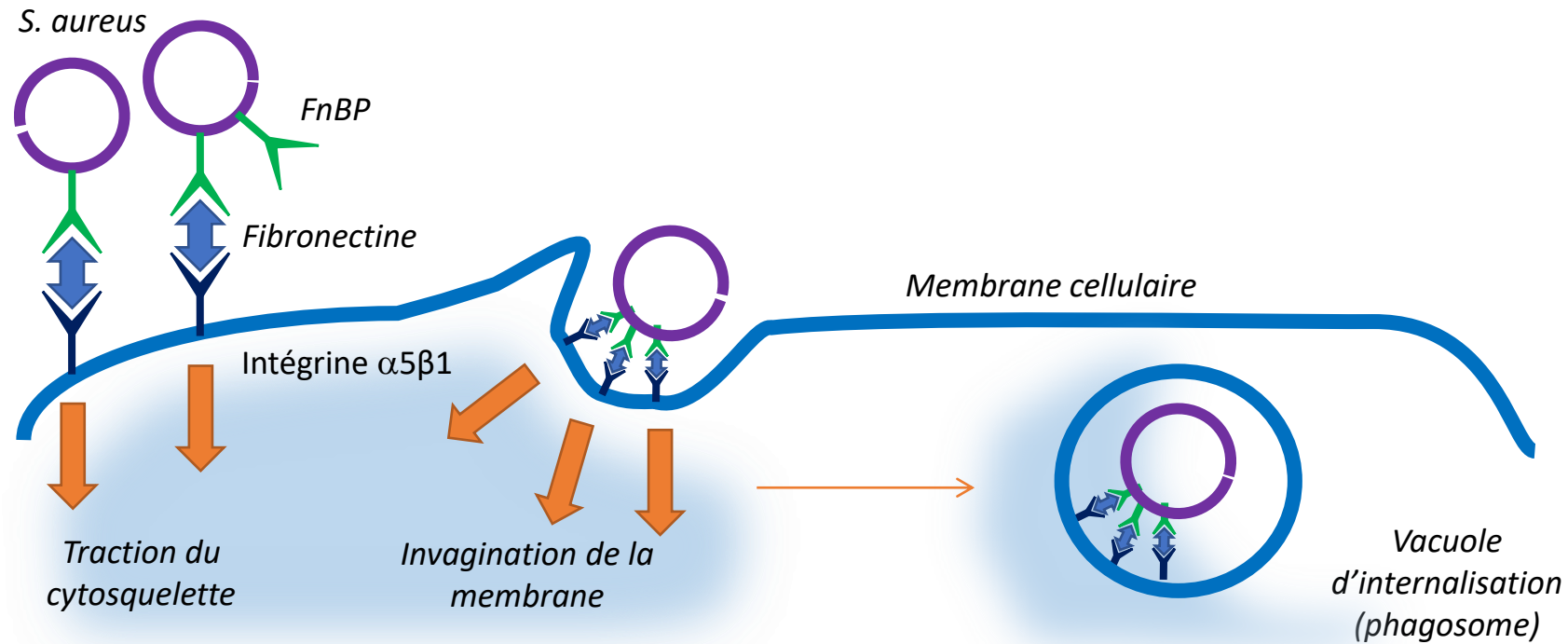
John A. Wright, Sean P. Nair*

International Journal of Medical Microbiology 300 (2010) 193-204



Bosse, 2005
Ostéite chronique
ME

Interactions avec les cellules osseuses : ostéoBlastes



frontiers
in Cellular and Infection Microbiology

REVIEW
published: 26 November 2015
doi: 10.3389/fcimb.2015.00085

Staphylococcus aureus vs. Osteoblast: Relationship and Consequences in Osteomyelitis

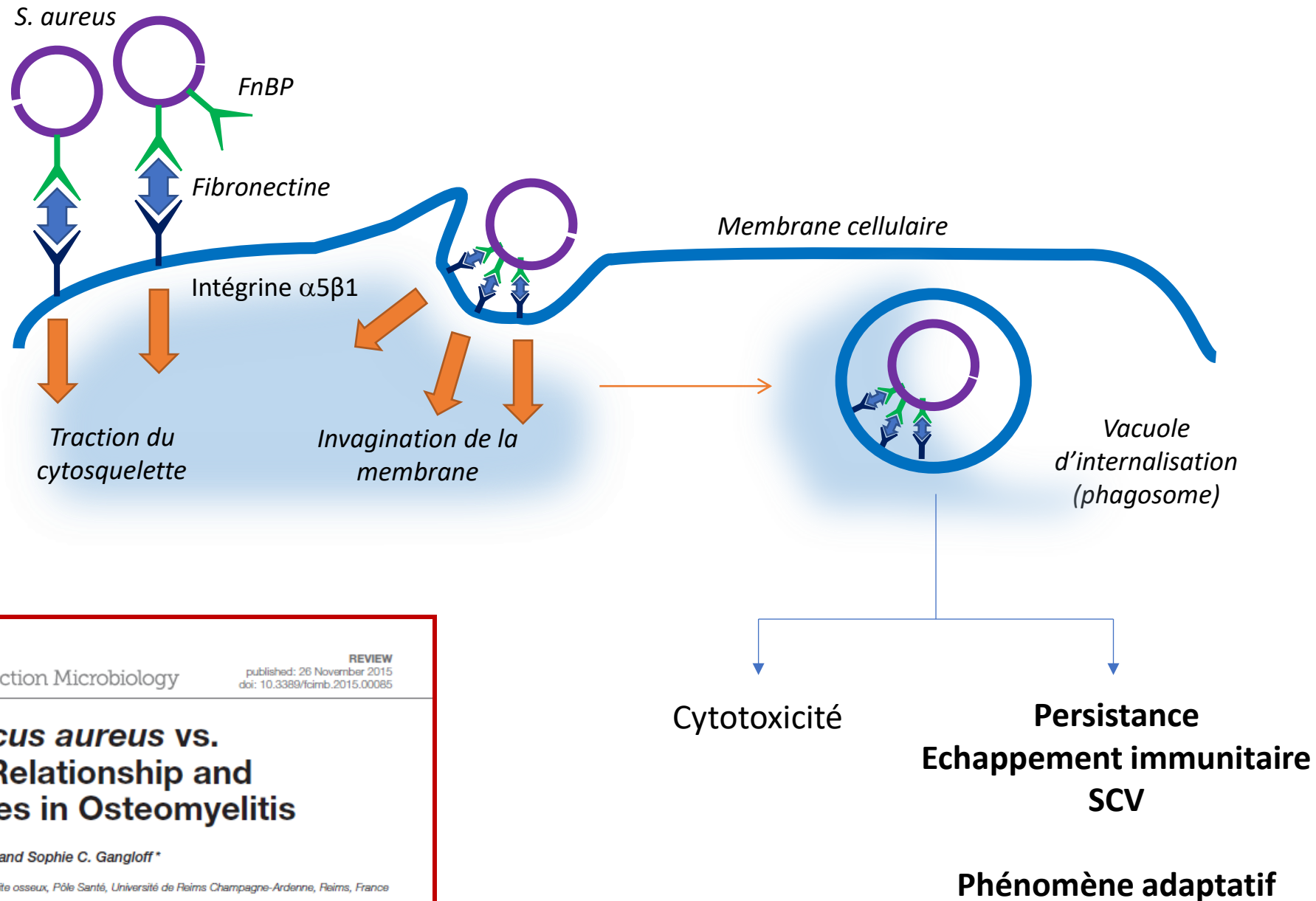
Jérôme Josse, Frédéric Velard and Sophie C. Gangloff*

EA 4691 Biomatériaux et inflammation en site osseux, Pôle Santé, Université de Reims Champagne-Ardenne, Reims, France

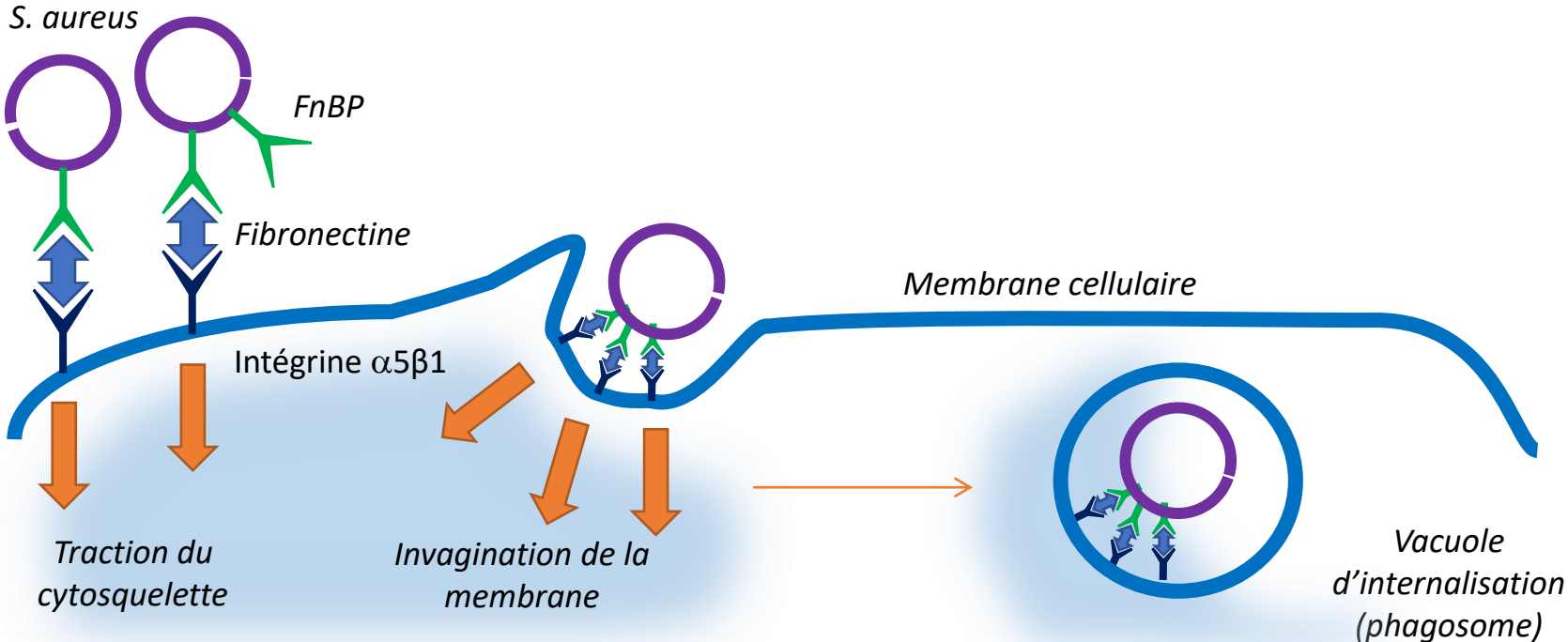


Microscopie électronique
Hoffmann *et al.*
Eur J Cell Biol 2011

Interactions avec les cellules osseuses : ostéoBlastes



Interactions avec les cellules osseuses : ostéoBlastes



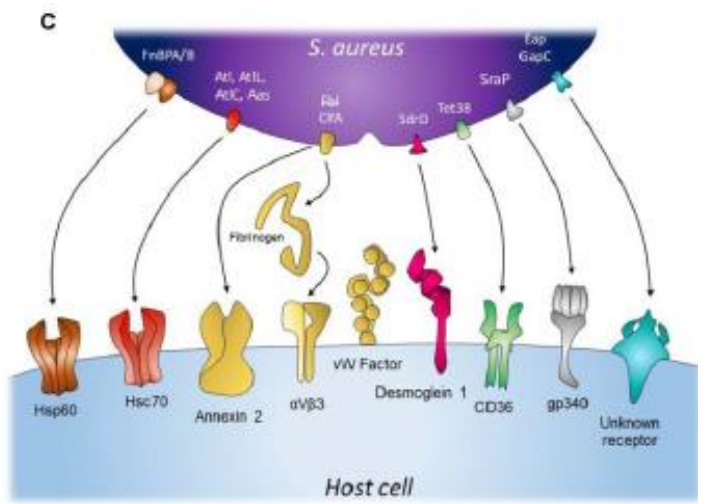
frontiers
in Cellular and Infection Microbiology

REVIEW
published: 26 November 2015
doi: 10.3389/fcimb.2015.00085

Staphylococcus aureus vs. Osteoblast: Relationship and Consequences in Osteomyelitis

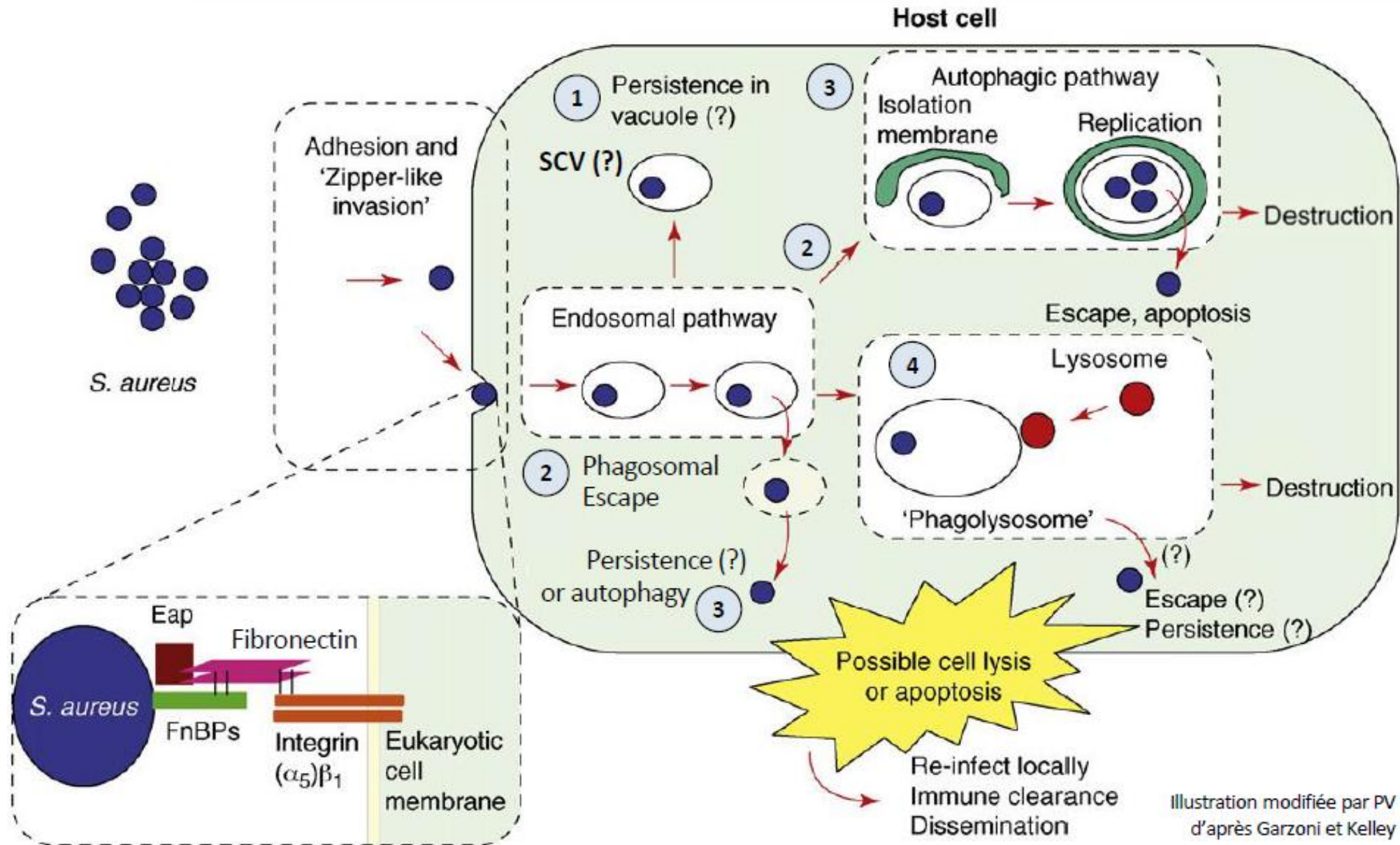
Jérôme Josse, Frédéric Velard and Sophie C. Gangloff*

EA 4691 Biomatériaux et inflammation en site osseux, Pôle Santé, Université de Reims Champagne-Ardenne, Reims, France



Voies accessoires

Interactions avec les cellules osseuses : ostéoBlastes



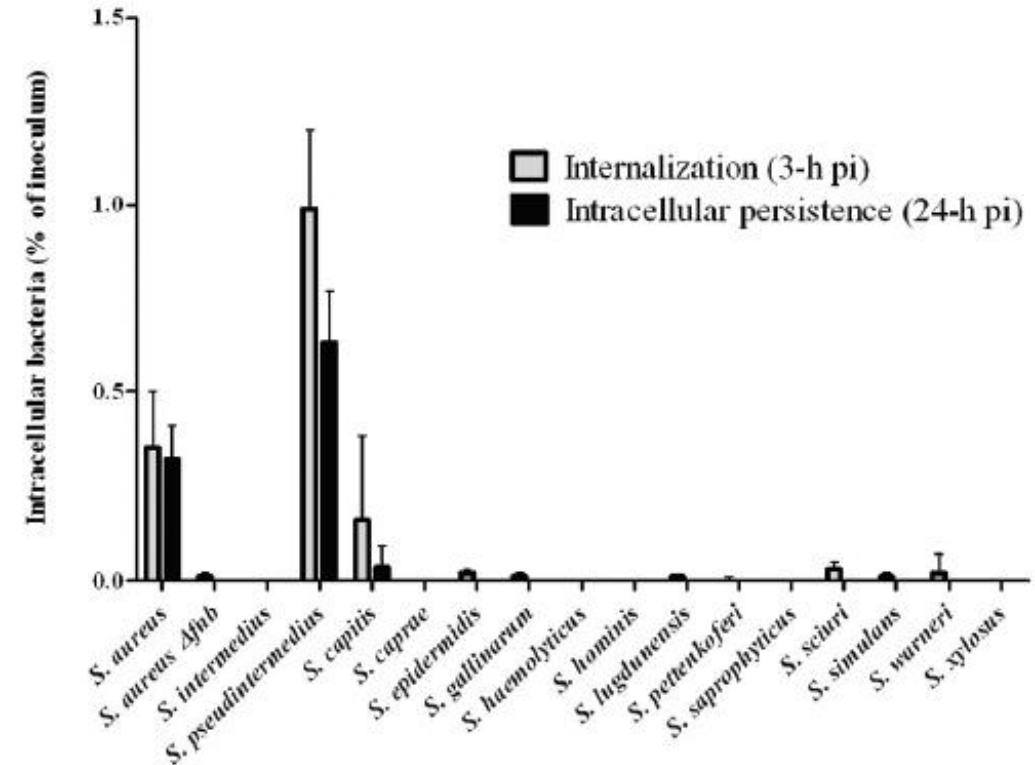
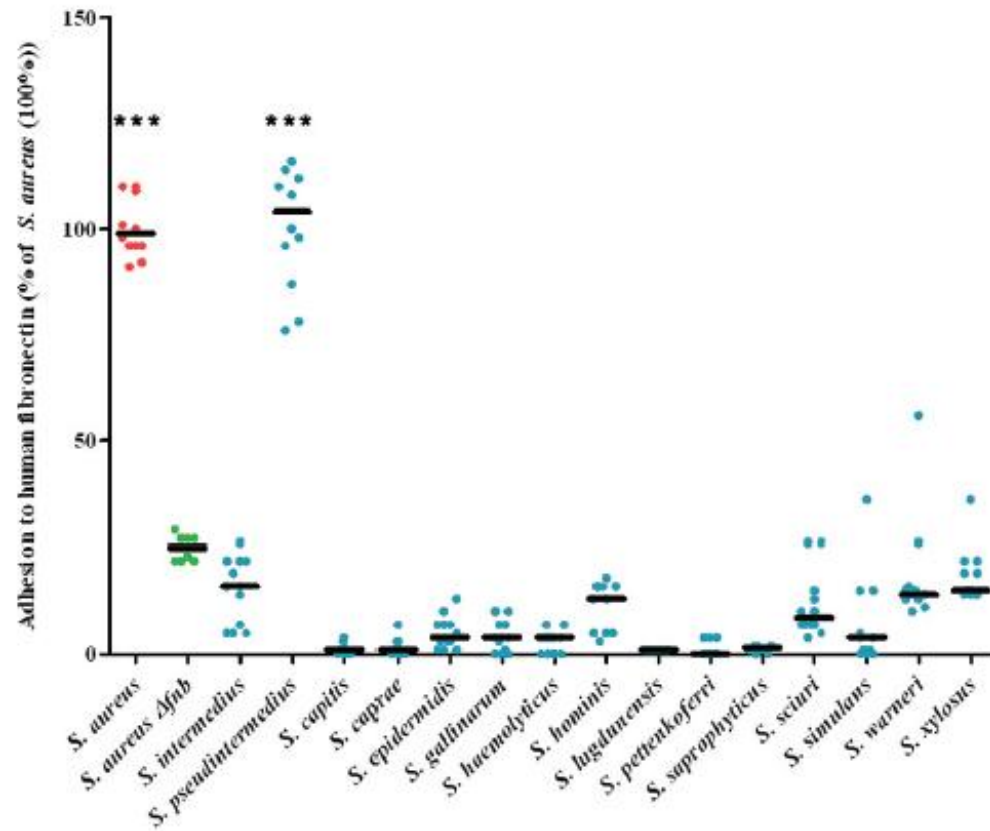
Interactions avec les cellules osseuses : ostéoBlastes

Pathophysiological Mechanisms of *Staphylococcus Non-aureus* Bone and Joint Infection: Interspecies Homogeneity and Specific Behavior of *S. pseudintermedius*

Yousef Maali^{1,2}, Patricia Martins-Simões^{1,2}, Florent Valour^{1,3}, Daniel Bouvard^{4,5}, Jean-Philippe Rasigade^{1,6}, Michele Bes⁶, Marisa Haenni⁷, Tristan Ferry^{1,3}, Frédéric Laurent^{1,2,6*} and Sophie Trouillet-Assant^{1,2†}

Evaluation de l'adhésion et internalisation dans les ostéoblastes de 16 espèces de SCN (souches cliniques responsables d'IOA)

Faible capacité d'internalisation et de persistance des SCN à l'exception de *S. pseudintermedius*





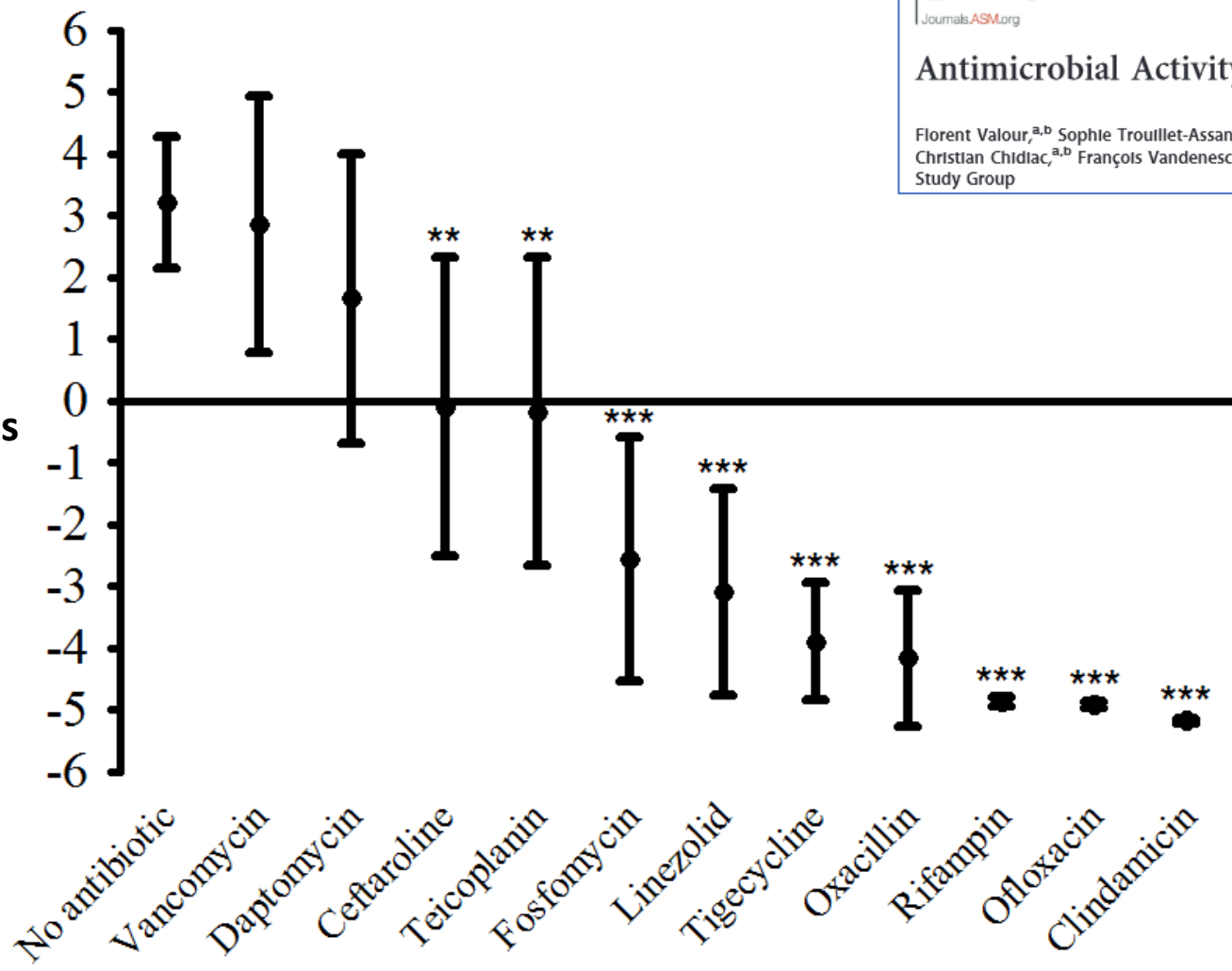
Implications thérapeutiques : cibler le réservoir intracellulaire


Journals.ASM.org

Antimicrobial Activity against Intraosteoblastic *Staphylococcus aureus*

Florent Valour,^{a,b} Sophie Trouillet-Assant,^b Natacha Riffard,^b Jason Tasse,^b Sacha Flammier,^b Jean-Philippe Rasigade,^{b,c}
Christian Chidiac,^{a,b} François Vandenesch,^{b,c,d} Tristan Ferry,^{a,b} Frédéric Laurent,^{b,c,d} on behalf of the Lyon Bone and Joint Infection Study Group

$\Delta\log_{10}$ pour
100,000 cellules





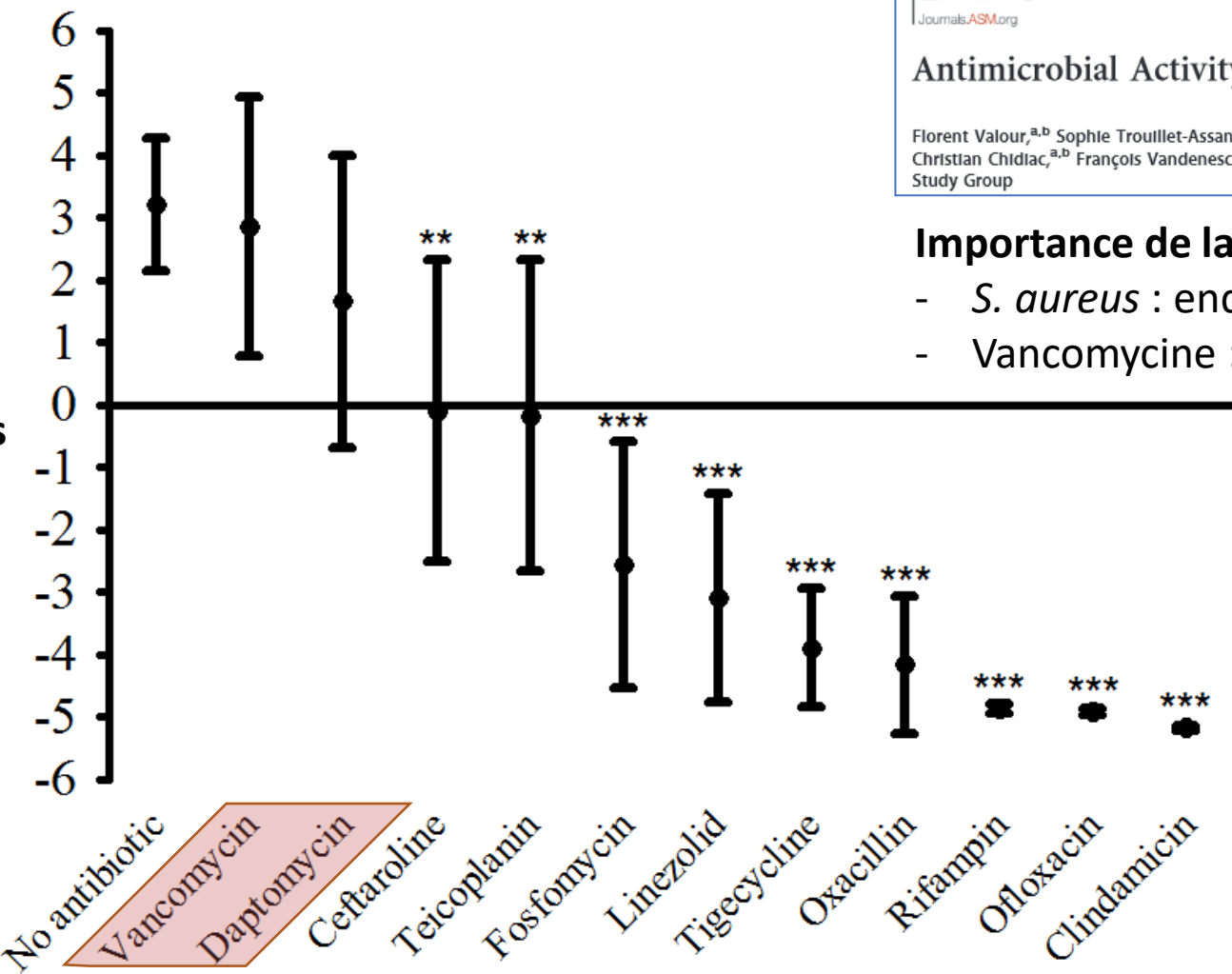
Implications thérapeutiques : cibler le réservoir intracellulaire



Antimicrobial Activity against Intraosteoblastic *Staphylococcus aureus*

Florent Valour,^{a,b} Sophie Trouillet-Assant,^b Natacha Riffard,^b Jason Tasse,^b Sacha Flammier,^b Jean-Philippe Rasigade,^{b,c} Christian Chidiac,^{a,b} François Vandenesch,^{b,c,d} Tristan Ferry,^{a,b} Frédéric Laurent,^{b,c,d} on behalf of the Lyon Bone and Joint Infection Study Group

$\Delta\log_{10}$ pour 100,000 cellules



Aucune action

Importance de la localisation intra-cellulaire

- *S. aureus* : endolysosomal, cytoplasme (30%)
- Vancomycine : très lente diffusion lysosomale



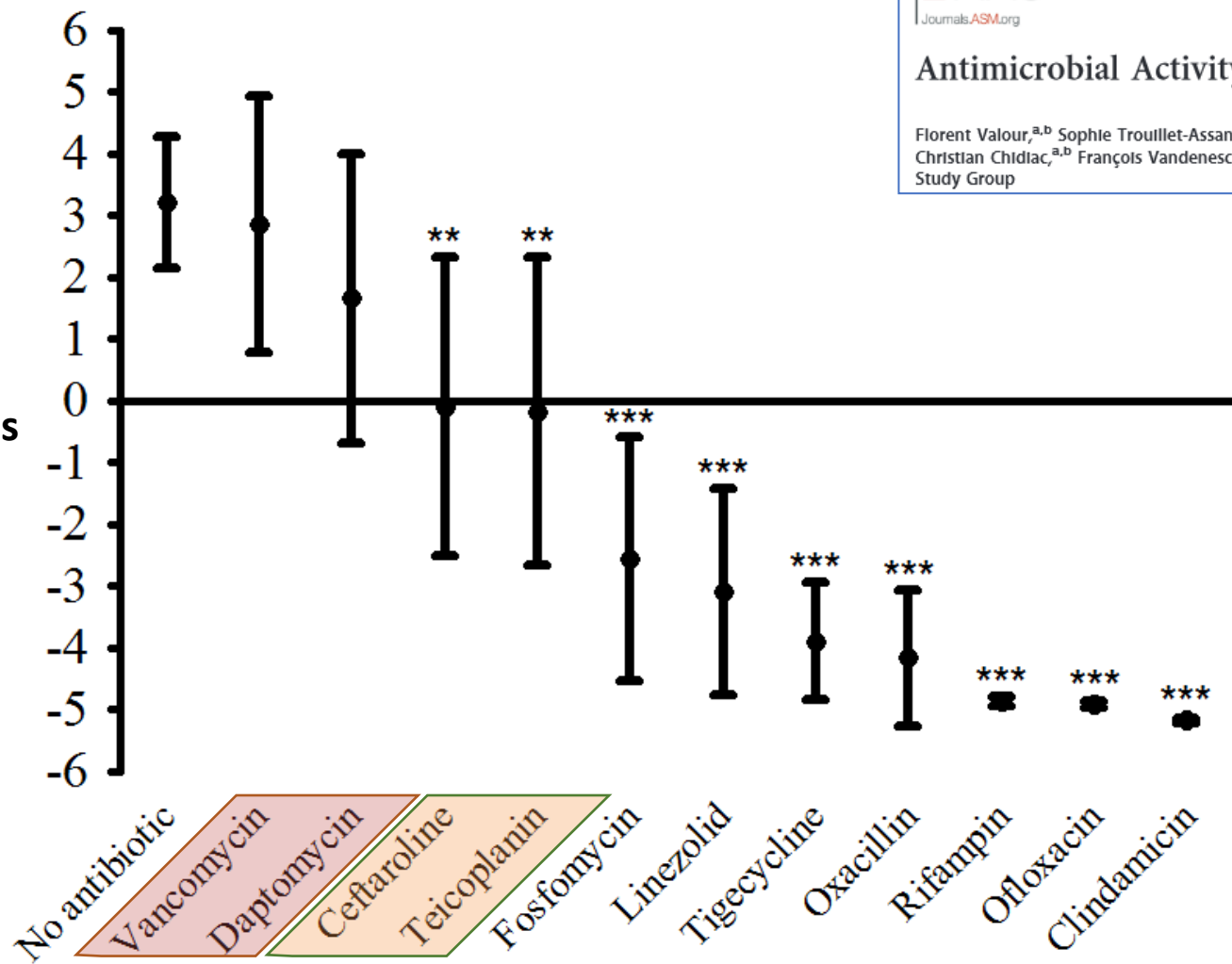
Implications thérapeutiques : cibler le réservoir intracellulaire


Journals.ASM.org

Antimicrobial Activity against Intraosteoblastic *Staphylococcus aureus*

Florent Valour,^{a,b} Sophie Trouillet-Assant,^b Natacha Riffard,^b Jason Tasse,^b Sacha Flammier,^b Jean-Philippe Rasigade,^{b,c}
Christian Chidiac,^{a,b} François Vandenesch,^{b,c,d} Tristan Ferry,^{a,b} Frédéric Laurent,^{b,c,d} on behalf of the Lyon Bone and Joint Infection Study Group

$\Delta\log_{10}$ pour
100,000 cellules



Aucune bacterio
action STATIQUE



Implications thérapeutiques : cibler le réservoir intracellulaire



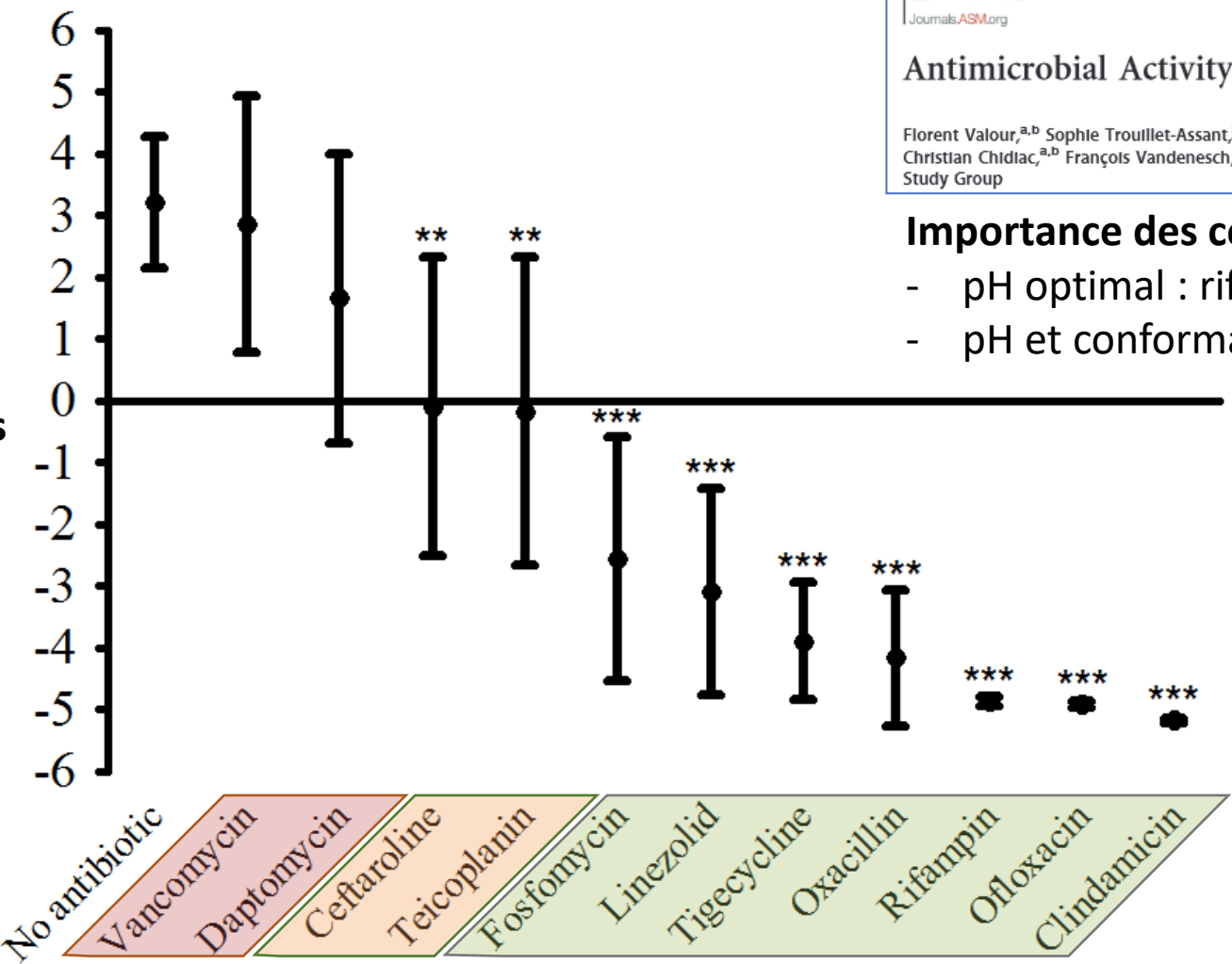
Antimicrobial Activity against Intraosteoblastic *Staphylococcus aureus*

Florent Valour,^{a,b} Sophie Trouillet-Assant,^b Natacha Riffard,^b Jason Tasse,^b Sacha Flammier,^b Jean-Philippe Rasigade,^{b,c} Christian Chidiac,^{a,b} François Vandenesch,^{b,c,d} Tristan Ferry,^{a,b} Frédéric Laurent,^{b,c,d} on behalf of the Lyon Bone and Joint Infection Study Group

Importance des conditions physico-chimiques

- pH optimal : rifampicine
- pH et conformation PLP : oxacilline

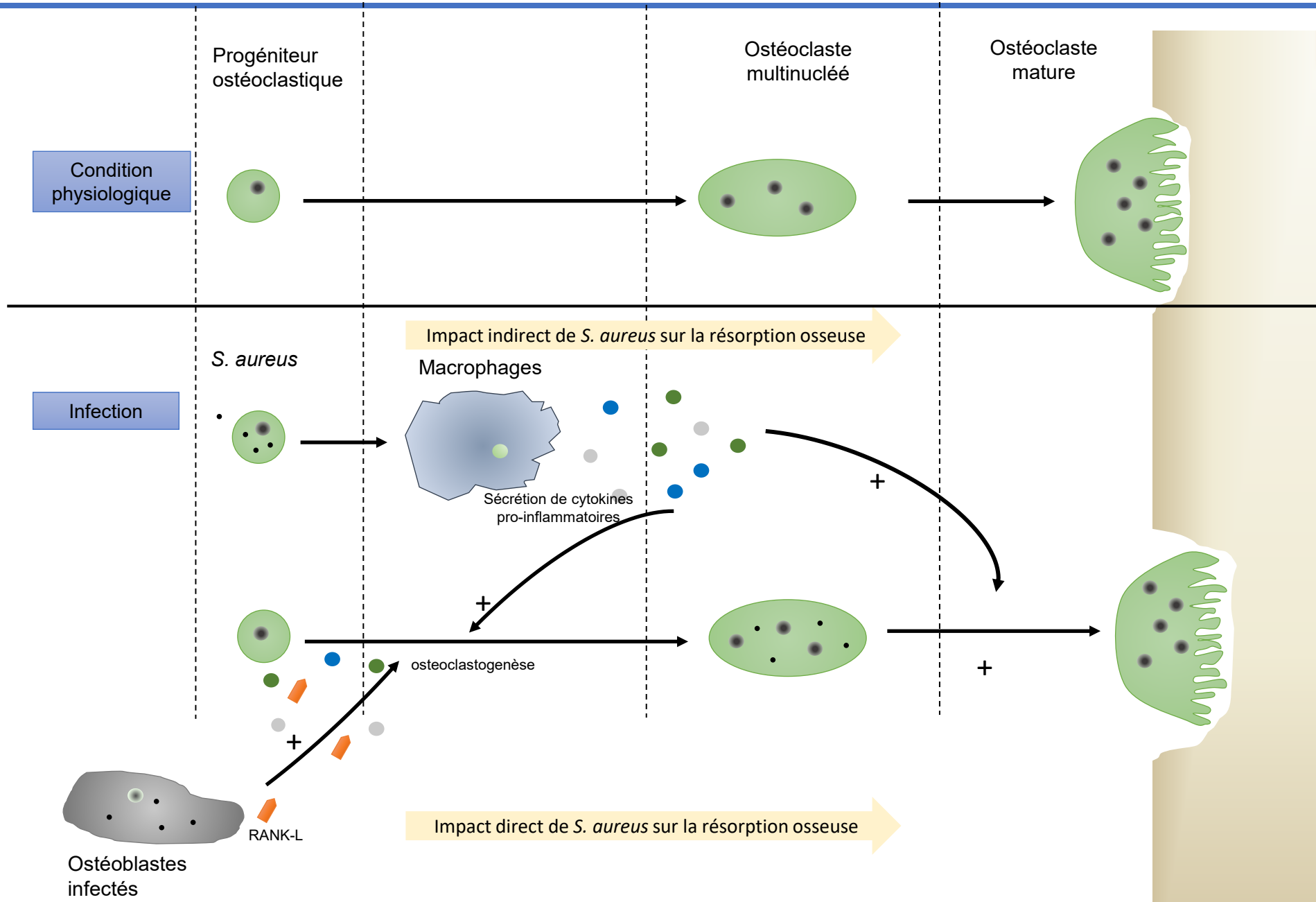
$\Delta\log_{10}$ pour 100,000 cellules



Aucune action
bacterio statique

BACTERICIDIE

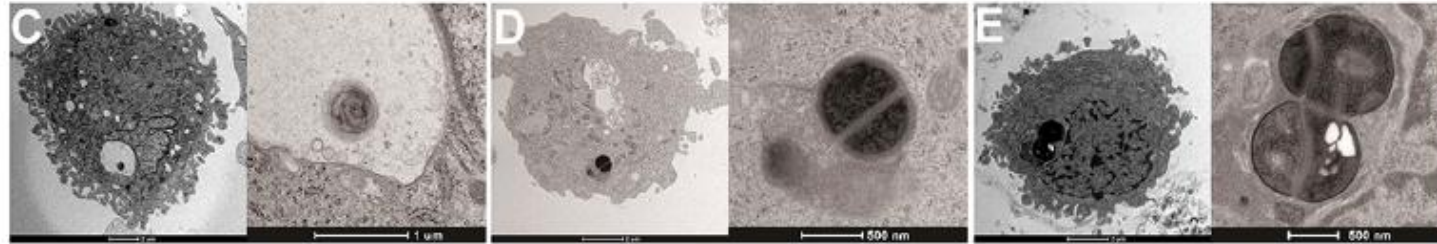
Interactions avec les cellules osseuses : ostéoClastes



Interactions avec les cellules osseuses : ostéoCYTES

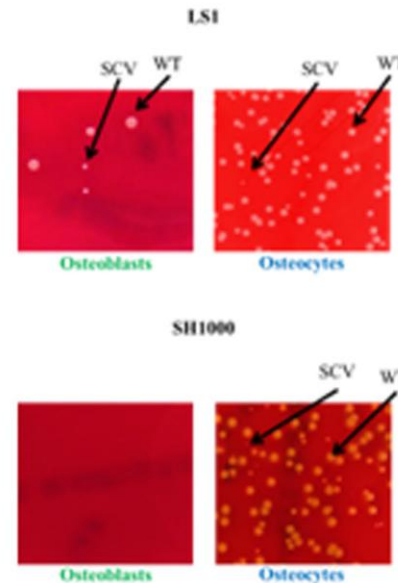
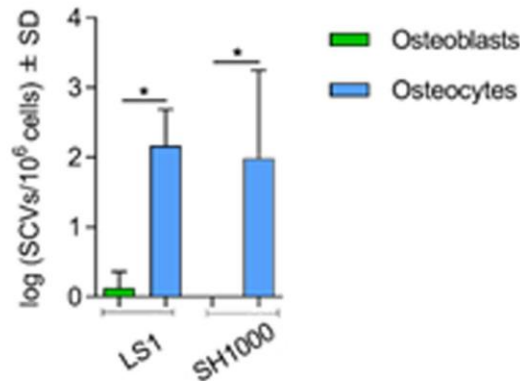
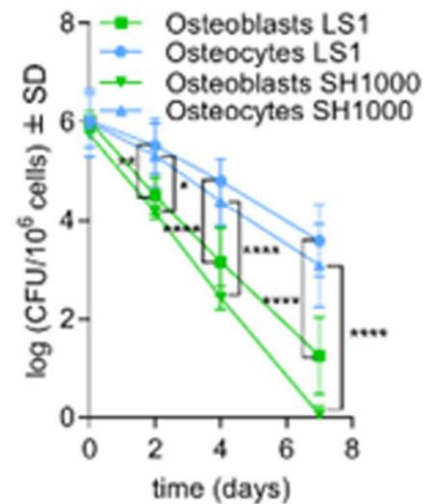
Novel Insights into *Staphylococcus aureus* Deep Bone Infections: the Involvement of Osteocytes

Dongqing Yang,^a Asiri R. Wijenayaka,^a Lucian B. Solomon,^a Stephen M. Pederson,^b David M. Findlay,^a Stephen P. Kidd,^{c,d} Gerald J. Atkins^a



Osteocytes Serve as a Reservoir for Intracellular Persisting *Staphylococcus aureus* Due to the Lack of Defense Mechanisms

Marina Garcia-Morono¹, Paul M. Jordan², Kerstin Günther², Thoroso Dau², Christian Fritsch¹, Monika Vermees¹, Astrid Schoppa⁴, Anita Ignatius⁴, Britt Wildemann⁵, Oliver Wierz², Bettina Löffler¹ and Lorena Tuchscher^{2*}



Modèles *in vitro* + prélèvements cliniques osseux (fracture fémorale (contrôles) et sepsis / PTH)

En comparaison avec les ostéoblastes :

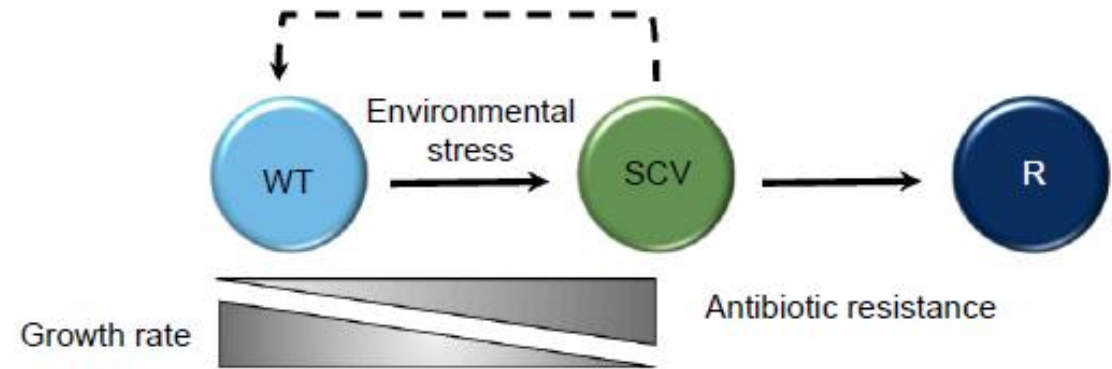
- Internalisation et **persistance +++**
- Recrutement et **inflammation**, mais faible clairance
- Émergence de **SCV +++**

Small colonic variants (SCVs)

Modifications phénotypiques réversibles

Adaptation à un environnement hostile : os, biofilm, intracellulaire

- Croissance lente (temps de doublement x 10)
- Petites colonies atypiques
- Résistance accrue aux antibiotiques
- Adhérence +++
- Survie intracellulaire +++
- Révertant



Staphylococcus aureus Small Colony Variants in Prosthetic Joint Infection

Parham Sendi,¹ Markus Rohrbach,² Peter Graber,¹ René Frei,³ Peter E. Ochsner,² and Werner Zimmerli¹

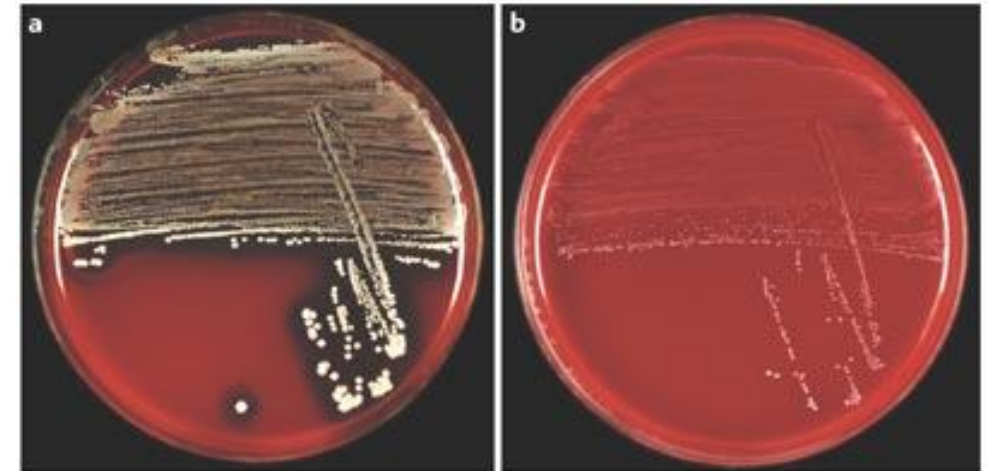
¹Unit of Infectious Diseases, Basel University Medical Clinic, Liestal and ²Clinic of Orthopedic Surgery, Kantonsspital, Liestal, and ³Microbiology Laboratory, University Hospital Basel, Basel, Switzerland

Sendi et al. *Clin Infect Dis.* 2006

Décrits dans de nombreuses situations cliniques (IOA, infections / matériel, mucoviscidose ...)

... et chez de nombreuses espèces

(staphylocoques, *Pseudomonas*, *E. coli*, *P. acnes* ...)



Small colonic variants (SCVs)

Modifications phénotypiques réversibles

Adaptation à un environnement hostile : os, biofilm, intracellulaire

- Croissance lente (temps de doublement x 10)
- Petites colonies atypiques
- Résistance accrue aux antibiotiques
- Adhérence +++
- Survie intracellulaire +++
- Révertant

Staphylococcus aureus Small Colony Variants in Prosthetic Joint Infection

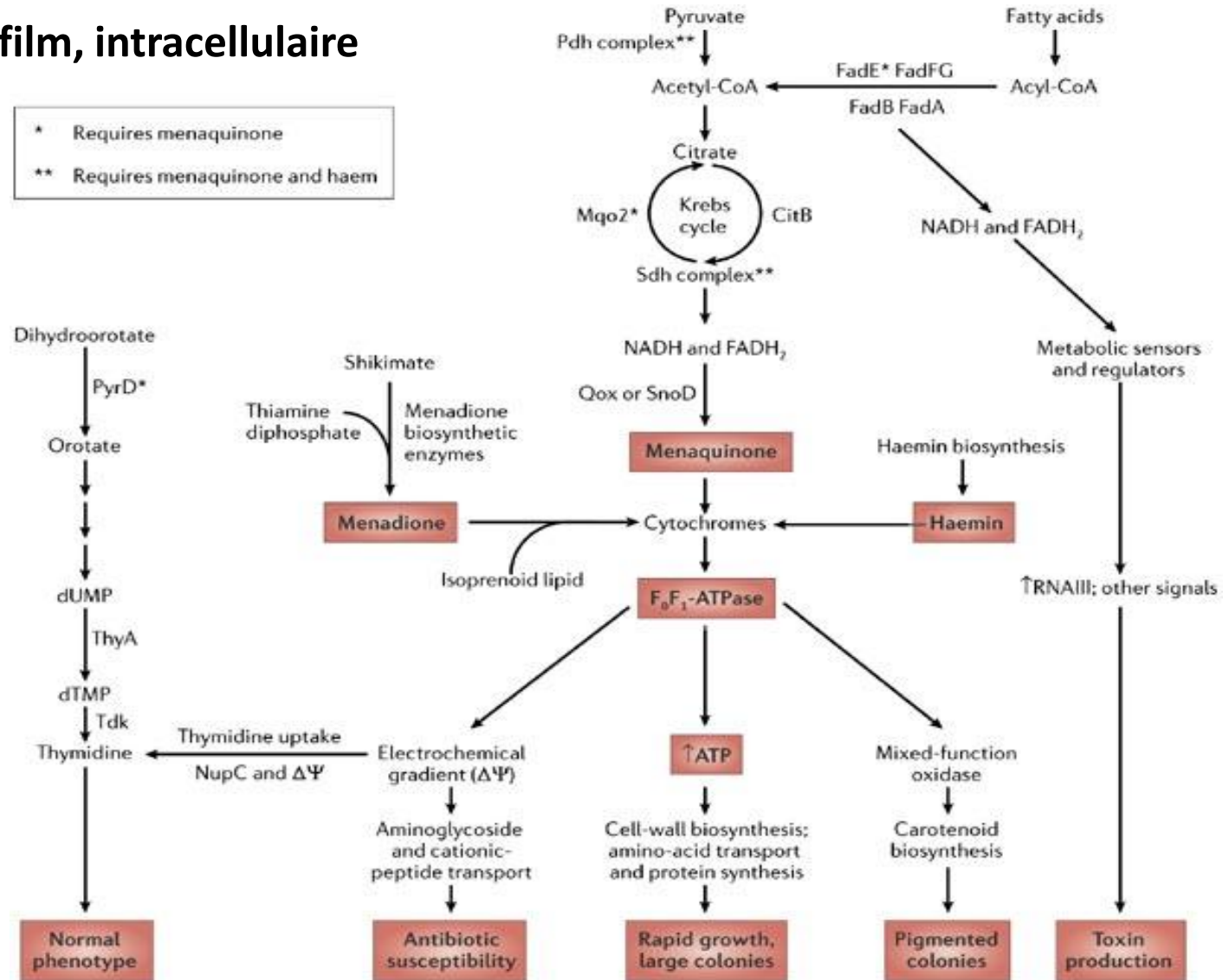
Parham Sendi,¹ Markus Rohrbach,² Peter Graber,¹ Reno Frei,³ Peter E. Ochsner,² and Werner Zimmerli¹
¹Unit of Infectious Diseases, Basel University Medical Clinic, Liestal and ²Clinic of Orthopedic Surgery, Kantonsspital, Liestal, and ³Microbiology Laboratory, University Hospital Basel, Basel, Switzerland

Sendi et al. *Clin Infect Dis.* 2006

Décrits dans de nombreuses situations cliniques (IOA, infections / matériel, mucoviscidose ...)

... et chez de nombreuses espèces

(staphylocoques, *Pseudomonas*, *E. coli*, *P. acnes* ...)



Small colonic variants (SCVs)

J Antimicrob Chemother 2013; **68**: 1455–1464
doi:10.1093/jac/dkt072 Advance Access publication 13 March 2013

Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy

Antibiotic activity against small-colony variants of *Staphylococcus aureus*: review of *in vitro*, animal and clinical data

Laetitia G. Garcia¹, Sandrine Lemaire¹, Barbara C. Kahl², Karsten Becker², Richard A. Proctor³, Olivier Denis⁴,
Paul M. Tulkens¹ and Françoise Van Bambeke^{1*}

Données *in vitro*

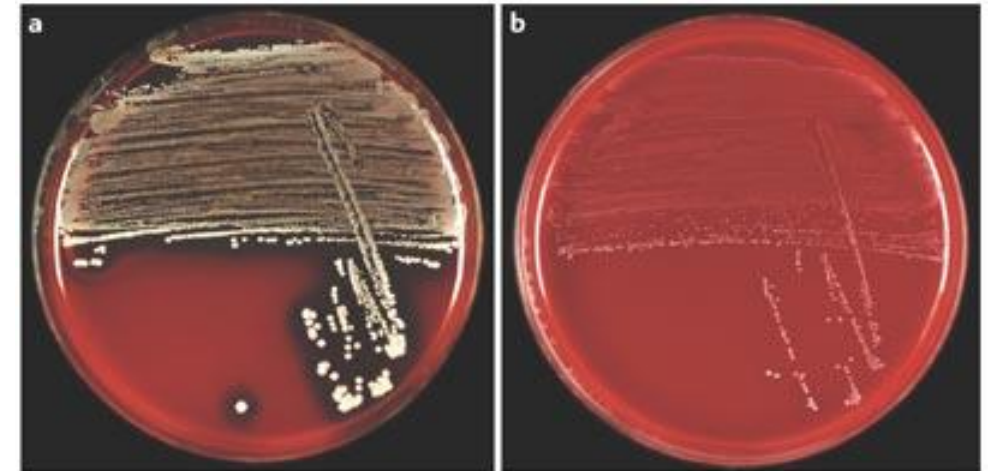
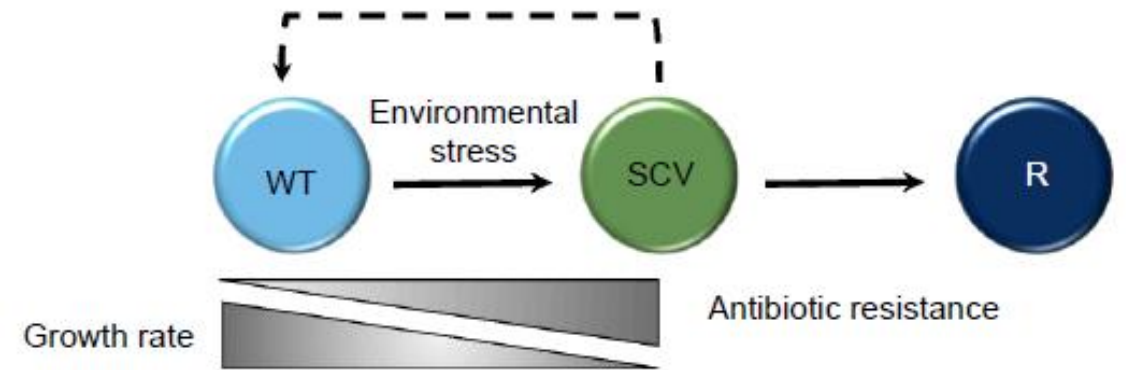
Limites - caractère révertant
- CMI développées pour bactéries à croissance rapide

Réduction d'activité

- aminoside +++
- cotrimoxazole +++
- ATB actifs sur la paroi : BL, GP, DAP

Données *in vivo* : conflictuelles +++

Très peu de données cliniques



Small colonie variants (SCVs)

Clinical Characteristics and Outcomes of Prosthetic Joint Infection Caused by Small Colony Variant Staphylococci

Aaron J. Tande,^{a,b} Douglas R. Osmon,^a Kerryll E. Greenwood-Quaintance,^b Tad M. Mabry,^c Arlen D. Hanssen,^c Robin Patel^{a,b,d}

mBio September/October 2014 Volume 5 Issue 5 e01910-14

Retrospective series of 113 patients with staphylococcal PJI, with prospective testing of archived sonicate fluid samples

38 subjects (34%) with SCVs and 75 (66%) with only normal-phenotype (NP) bacteria

Characteristic ^d	SCV ^b		P value
	Yes (n = 38)	No (n = 75)	
Orthopedic history			
Joint age in days, median (range)	1,295 (216–13,712)	646 (23–11,883)	0.007
Prior arthroplasty revision	32 (84.2)	52 (70.3)	0.17
Time since last surgery in days, median (range)	743 (31–10,030)	306 (20–8,686)	<0.0001
Cemented arthroplasty	33 (86.8)	60 (80.0)	0.44
Antibiotic-loaded cement in place ^a	8 (44.4)	16 (39.0)	0.78
Aminoglycoside in cement ^a	7 (38.9)	8 (19.5)	0.19
PJI history			
Sinus tract	11 (28.9)	19 (25.3)	0.82
Duration of PJI symptoms in days, median (range)	491 (14–2,306)	165 (2–1,656)	0.0003
Prior surgery for this PJI	23 (60.5)	28 (37.3)	0.03
Cumulative antibiotic days in prior 6 mo, median (range)	66 (0–180)	13 (0–180)	0.37
Receiving 120 or more days of antibiotics in prior 6 mo	16 (42.1)	17 (22.7)	0.048
Serum WBC in 10 ⁹ cells/liter, median (range)	7.4 (4.5–11.7)	7.9 (3–23.3)	0.13
Serum ESR in mm/h, median (range)	46 (5–111)	43 (3–123)	0.54
Serum CRP in mg/liter, median (range)	23 (5–222)	44 (3–269)	0.2
Preoperative SF aspirate			
SF WBC in cells/ μ l, median (range)	26 (68.4)	51 (68.0)	0.13
SF neutrophil %, median (range)	28,574 (8,175–155,000)	44,275 (629–1,071,472)	0.13
SF neutrophil %, median (range)	88 (79–98)	91 (51–100)	0.84

Small colonie variants (SCVs)

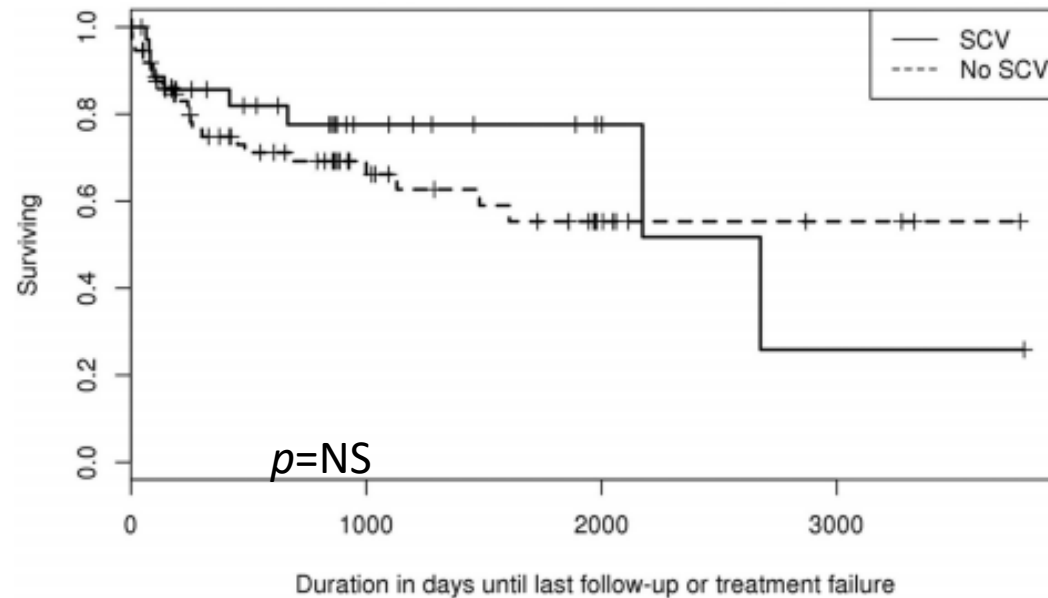
Clinical Characteristics and Outcomes of Prosthetic Joint Infection Caused by Small Colony Variant Staphylococci

Aaron J. Tande,^{a,b} Douglas R. Osmon,^a Kerryl E. Greenwood-Quaintance,^b Tad M. Mabry,^c Arlen D. Hanssen,^c Robin Patel^{a,b,d}

mBio September/October 2014 Volume 5 Issue 5 e01910-14

Retrospective series of 113 patients with staphylococcal PJI, with prospective testing of archived sonicate fluid samples

38 subjects (34%) with SCVs and 75 (66%) with only normal-phenotype (NP) bacteria



Treatment failure predictive factor = *S. aureus* (HR, 4.03; 95%CI, 1.80-9.04)

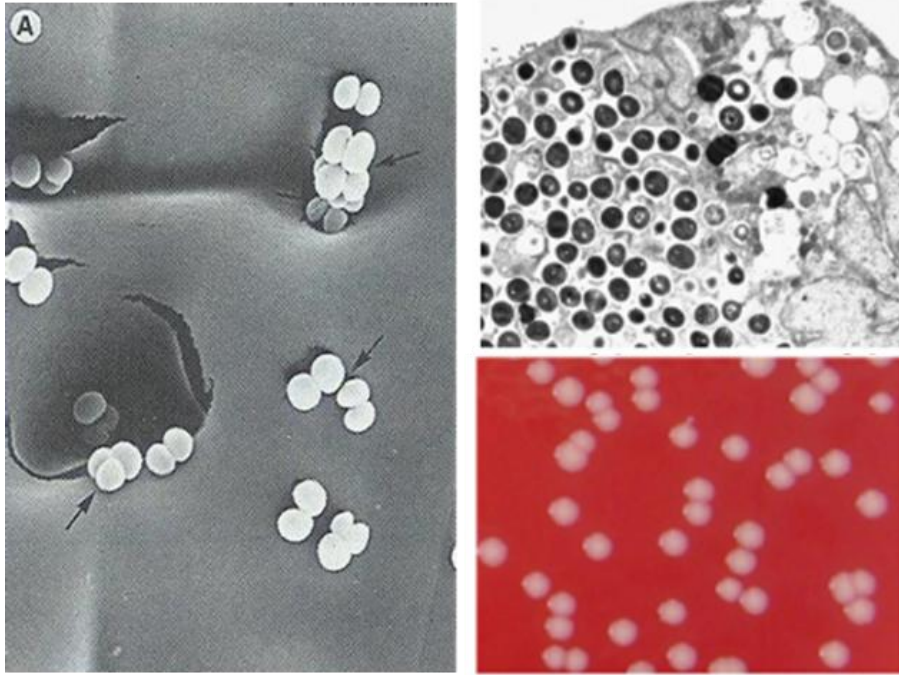
SCVs associés à la chronicité sans impact sur le pronostic

Adaptation bactérienne

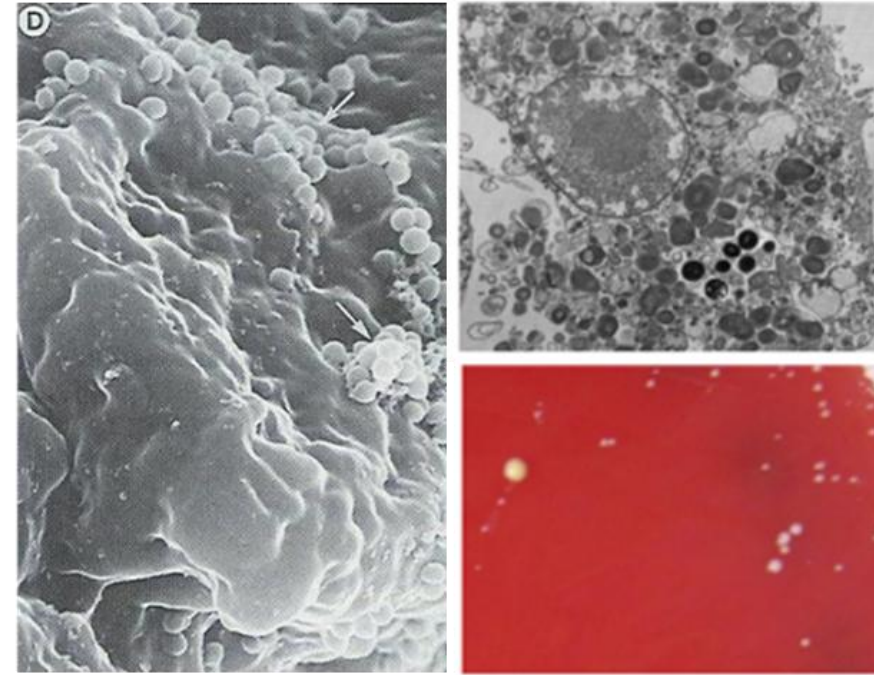
IOA aiguë



IOA chronique



Biofilm
Persistance
intracellulaire
SCVs



↑ Toxines

↓ Adhésines

↓ Toxines

↑ Adhésines

Agression tissulaire

Réponse immunitaire / inflammatoire

- Destruction cellulaire
- Invasion et destruction tissulaire

↓ Inflammation, dommages tissulaires

- Échappement au système immunitaire
- « Tolérance » aux antibiotiques



DEBRIDEMENT, ABLATION MATERIEL
CHOIX DES ANTIBIOTIQUES : rmp, fq, dap
THERAPEUTIQUES CIBLEES ?

DR. JEKYLL and MR. HYDE

