

JNI

23^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

Bordeaux
et la région Aquitaine

Palais des Congrès

du mercredi 15 juin 2022
au vendredi 17 juin 2022



Best-of IOA

Adrien Lemaigen
CHRU de Tours





*c'est
mon
choix.*

Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : Lemaigen Adrien

Titre : Best-of IOA

 L'orateur ne souhaite pas répondre

-  Consultant ou membre d'un conseil scientifique
-  Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
-  Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
-  Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

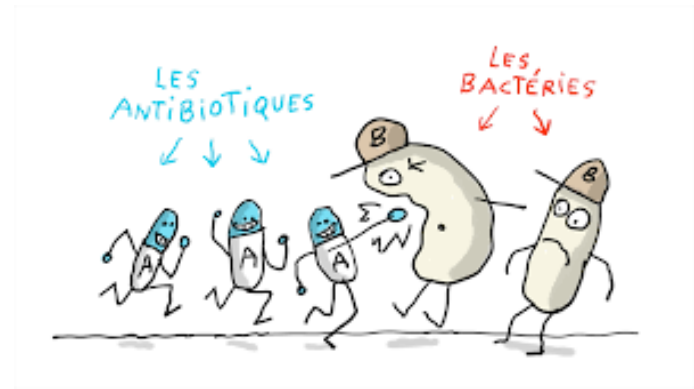
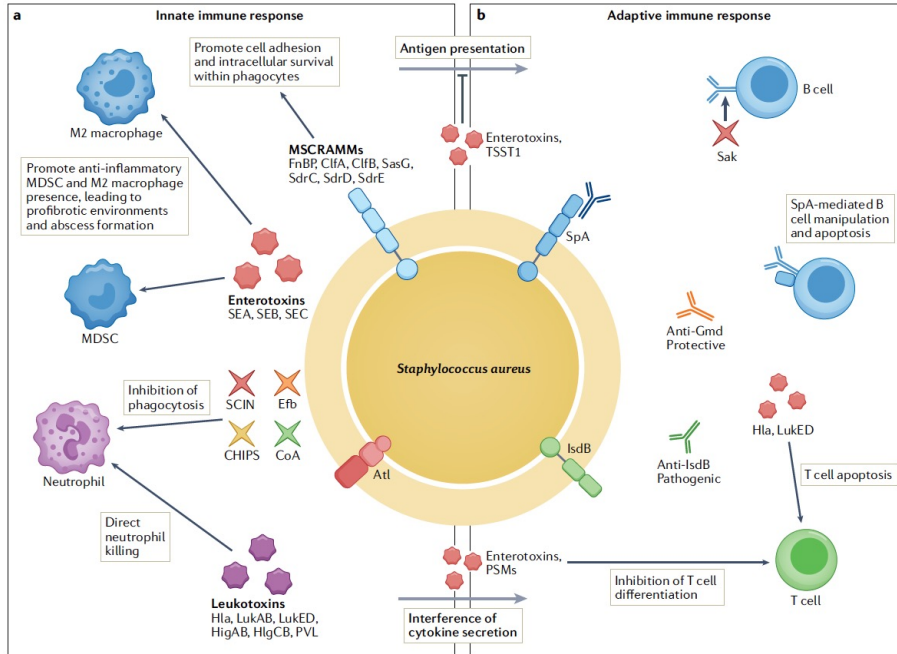
OUI NON

OUI NON

OUI NON

OUI NON

I - Physiopathologie / Thérapeutique



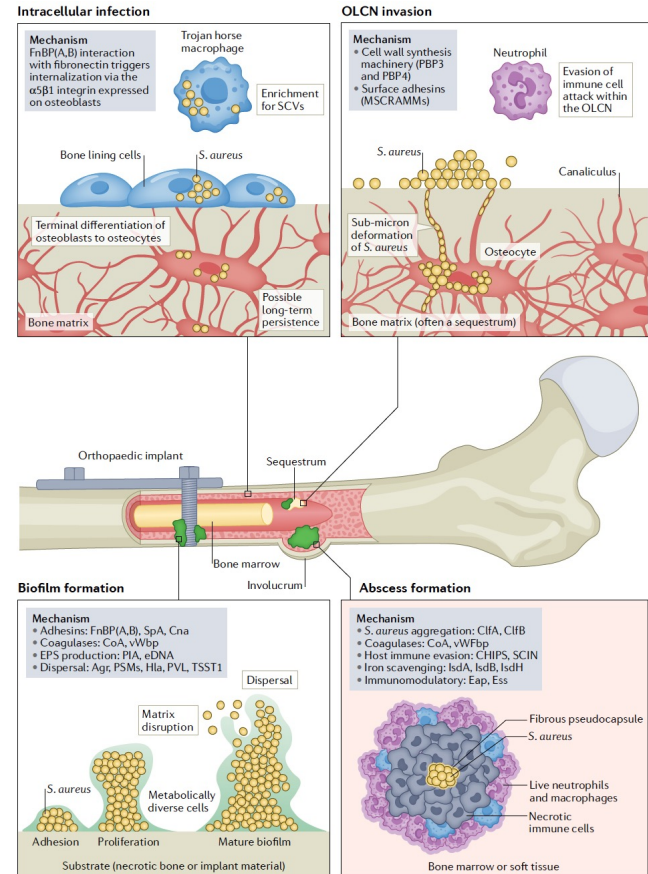
@MBWgame



Skeletal infections: microbial pathogenesis, immunity and clinical management

Elysia A. Masters^{1,2}, Benjamin F. Ricciardi^{1,3}, Karen L. de Mesy Bentley^{1,3,4}, T. Fintan Moriarty^{1,5}, Edward M. Schwarz^{1,2,3} and Gowrishankar Muthukrishnan^{1,3}

- Modèles existants
- Physiopathologie des principaux pathogènes
- Réponse de l'hôte et évasion immunitaire
- Pistes thérapeutiques

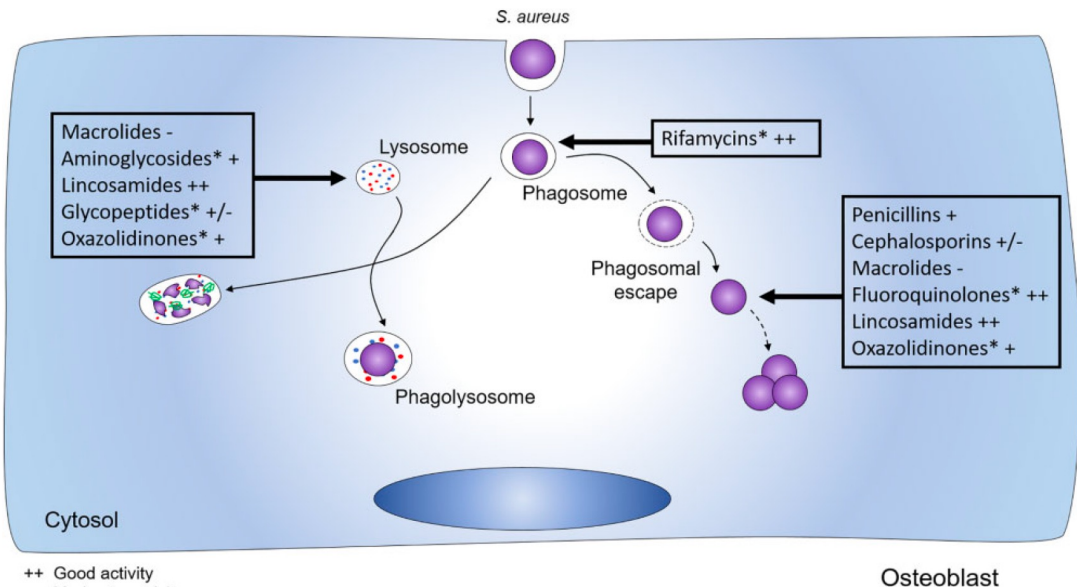


Activité intraostéoblastique des antibiotiques

In vitro antibiotic activity against intraosteoblastic *Staphylococcus aureus*: a narrative review of the literature

Florian C. Marro^{1,2,3*†}, Lélia Abad^{1,3,4†}, Ariel J. Blocker², Frédéric Laurent^{1,3,4,5}, Jérôme Josse^{1,3,5‡} and Florent Valour^{1,3,5,6‡}

J Antimicrob Chemother 2021; **76**: 3091–3102
doi:10.1093/iac/dkab301 Advance Access publication 30 August 2021



++ Good activity
+ Moderate activity
- No to low activity
* Class keeping their activity in the chronic model

Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy

- SA IC : réservoir important, facteur de chronicité
- Eradication IC jamais obtenue
- Pas d'activité pour certaines classes si chronicité (BL, linco)
- Emergence SCV sous ttt
- Combinaison FQ/R la plus prometteuse *in vitro*
- OZD et R et réduction cytotoxicité

PK Levofloxacin

J Antimicrob Chemother
<https://doi.org/10.1093/jac/dkac031>

Journal of
 Antimicrobial
 Chemotherapy

Oral levofloxacin: population pharmacokinetics model and pharmacodynamics study in bone and joint infections

Etienne Canou^{1,2,3*}, Solen Kerneis^{2,3,4}, Philippe Morand^{1,3,5}, Maya Enser^{3,6}, Rémy Gauzit^{2,3}, Luc Eyrolle^{3,6}, Philippe Leclerc^{3,7}, Adrien Contejean^{1,2}, Yi Zheng^{8,9}, Philippe Anract^{1,3,7}, Deborah Hirt^{1,8,9}, Jean Marc Treluyer^{1,8,9}, Naim Bouazza^{1,8,9} and Sihem Benaboud^{1,8,9,10,11}

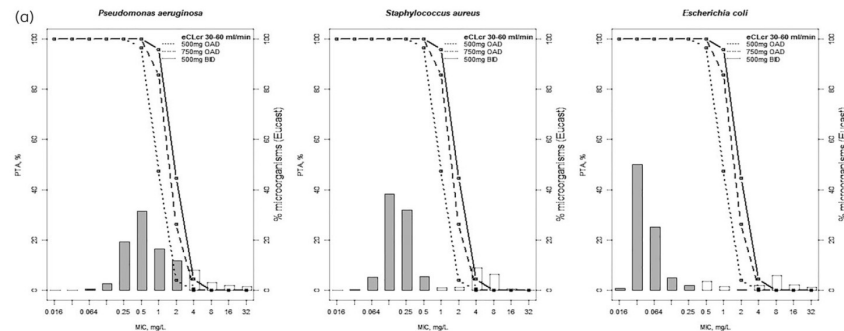
Table 4. Proposition of levofloxacin oral dosing regimen to reach in more than 90% the PK/PD target of AUC/MIC >100 according to bacteria MIC (based on the EUCAST MIC distribution) and renal function (eCL_{Cr})

Bacteria	Clinical breakpoint (mg/L)	ECOFF (mg/L)	Dose to attain AUC/MIC >100 in 90%			
			30–60 mL/min	60–90 mL/min	90–120 mL/min	>120 mL/min
Enterobacterales	1	0.25	500 q24h	500 q24h	750 q24h	750 q24h
<i>Pseudomonas</i> spp.	1	2	750 q24h + MIC + TDM ^a	500 q12h + MIC + TDM ^a	500 q12h + MIC + TDM ^a	500 q12h + MIC + TDM ^a
MIC ≤ 0.25			500 q24h	750 q24h	500 q12h	500 q12h
MIC ≤ 0.5			500 q24h	750 q24h	500 q12h	500 q12h + TDM
MIC > 0.5			750 q24h + TDM	500 q12h + TDM	500 q12h + TDM	500 q12h: PTA <60%
<i>Staphylococcus</i> spp.	1	0.5	500 q24h	750 q24h	750 q24h	500 q12h

S, susceptible; R, resistant; ECOFF, epidemiological cut-off value.

^aIn case of MIC not available.

- Cochin 2015-2019 : Tout patient suivi sous Levoflo avec au moins un dosage
- 102 patients inclus au total avec 199 dosages
- PK : Modèle monocompartimental, non dépendant du poids, dépendant clairance
- IOA : 32 patients dont 15 avec pied diabétique
- levoflo 500 mg x 2 : pas de sous-dosages, concentrations > objectifs
- 7 echecs, pas de corrélation avec AUC/CMI



Phages



EFORT open reviews

A systematic review of phage therapy applied to bone and joint infections: an analysis of success rates, treatment modalities and safety

Joseph Genevière^{1,5}
Shawna McCallin^{2,3,5}
Angela Huttner^{1,3}
Truong-Thanh Pham^{1,3,4}
Domizio Suva^{1,4}

- 20 études sélectionnées
- Cas cliniques/séries de cas
- 52 épisodes (51 patients)
- Schémas hétérogènes (durées, modalités, doses)
- Peu d'effets secondaires
- Traitement suppressif associé pour 8 patients
- Suivi médian 12 mois [1,5-41]

Table 2. Summary of patient characteristics and treatment episodes

Age (years), mean (SD)	63.0 (24.8) [of 47 patients]
Sex male, n (%)	23/46 (50) [of 46 patients]
Localization (per treatment episode), n ^a (%)	
- Hip	14/52 (27)
- Knee	14/52 (27)
- Toes	8/52 (15)
- Femur	5/52 (10)
- Tibia	5/52 (10)
- Pelvis	3/52 (6)
- Foot	2/52 (4)
- Other*	3/52 (6)
Pathogens (per treatment episode), n ^a (%)	
- <i>Staphylococcus aureus</i>	30/52 (58)
- <i>Staphylococcus epidermidis</i>	13/52 (25)
- <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	9/52 (17)
- Staphylococci other than <i>S. aureus</i> and <i>S. epidermidis</i> **	2/52 (4)
- Other***	5/52 (10)
Diagnostics (per treatment episode) ^b	
- PJI	28/52 (54)
- Osteomyelitis (including FRI)	24/52 (46)
Phage specificity testing (per treatment episode) ^c	43/52 (83)
Administration route (per treatment episode), n (%)	
- Topical only	44/52 (85)
- IV only	2/52 (4)
- Topical and IV	3/52 (6)
- Topical and PO	3/52 (6)
- Topical IOIA	39/52 (75)
- Topical sup.	11/52 (21)
Combined surgery before or during PT (per treatment episode), n (%)	45/52 (87)
Combined antibiotics with PT (per treatment episode), n (%)	41/52 (79)
Combined surgery and antibiotics with PT (per treatment episode), n (%)	39/52 (75)
Outcome (per treatment episode), n (%)	
Success (per treatment episode), n (%)	37/52 (71)
Failure (per treatment episode), n (%)	15/52 (29)

Phages

Table 2. Summary of patient characteristics and treatment episodes

Age (years), mean (SD)	63.0 (24.8) [of 47 patients]
Sex male, <i>n</i> (%)	23/46 (50) [of 46 patients]
Localization (per treatment episode), <i>n</i> ^a (%)	
- Hip	14/52 (27)
- Knee	14/52 (27)
- Toes	8/52 (15)
- Femur	5/52 (10)
- Tibia	5/52 (10)
- Pelvis	2/52 (4)



EFORT open reviews

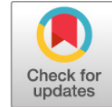
Joseph Genevière^{1,5}
Shawna McCallin^{2,3,5}



AMERICAN SOCIETY FOR MICROBIOLOGY

Antimicrobial Agents and Chemotherapy[®]

MINIREVIEW



Considerations for the Use of Phage Therapy in Clinical Practice

Gina A. Suh,^a Thomas P. Lodise,^b Pranita D. Tamma,^c Jane M. Knisely,^d Jose Alexander,^e Saima Aslam,^f Karen D. Barton,^g Erica Bizzell,^d Katherine M. C. Totten,^a Joseph L. Campbell,^d Benjamin K. Chan,^h Scott A. Cunningham,^a Katherine E. Goodman,ⁱ Kerryl E. Greenwood-Quaintance,^a Anthony D. Harris,ⁱ Shayla Hesse,^d Anthony Maresso,^j Veronique Nussenblatt,^d David Pride,^f Michael J. Rybak,^k Zoe Sund,^g David van Duin,^l Daria Van Tyne,^m Robin Patel,^a for the Antibacterial Resistance Leadership Group

A systematic review of bone and joint treatment

20 €

Cas

52 €

Sch

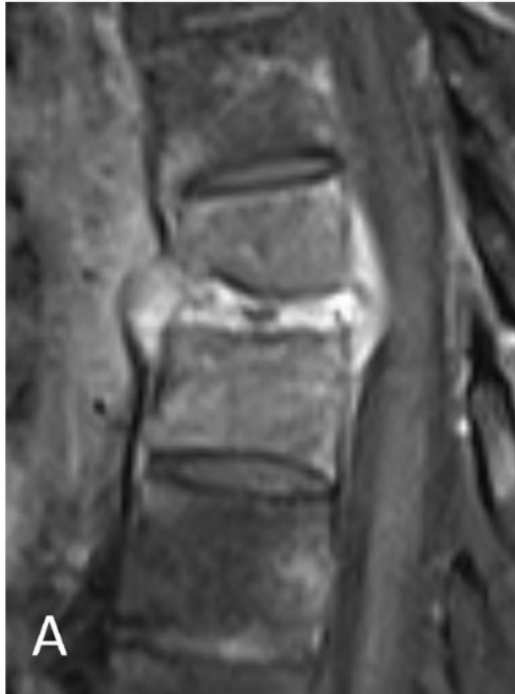
Peu

Tra

Suivi médian 12 mois [1,5-41]

treatment episode), <i>n</i> (%)	
Combined antibiotics with PT (per treatment episode), <i>n</i> (%)	41/52 (79)
Combined surgery and antibiotics with PT (per treatment episode), <i>n</i> (%)	39/52 (75)
Outcome (per treatment episode), <i>n</i> (%)	
Success (per treatment episode), <i>n</i> (%)	37/52 (71)
Failure (per treatment episode), <i>n</i> (%)	15/52 (29)

II - Infections disco-vertébrales





IDV : épidémiologie

Epidemiology and Infection

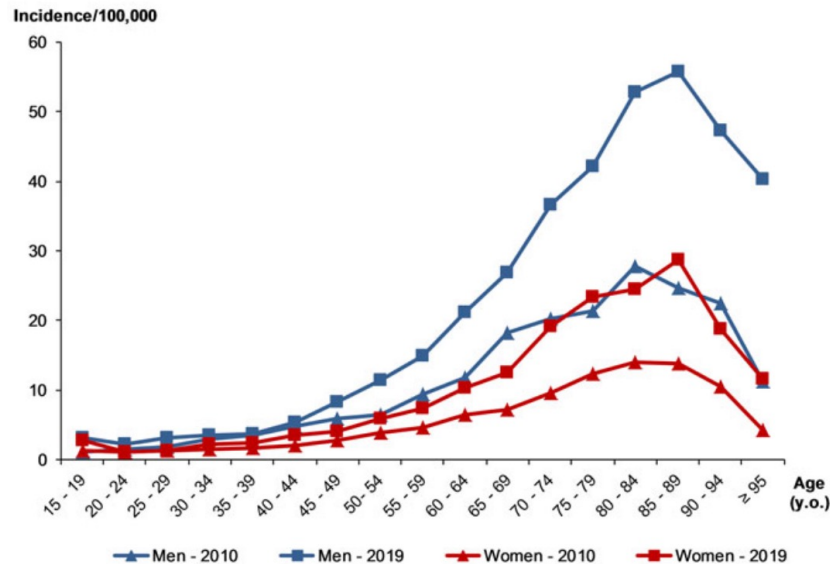
[cambridge.org/hyg](https://www.cambridge.org/hyg)

Original Paper

Large increase of vertebral osteomyelitis in France: a 2010–2019 cross-sectional study

Yoann Conan^{1,2,3} , Emeline Laurent^{1,4}, Yannick Belin^{1,3}, Marion Lacasse^{2,3}, Aymeric Amelot⁵, Denis Mulleman^{3,6,8}, Philippe Rosset^{3,7,8}, Louis Bernard^{2,3,8} and Leslie Grammatico-Guillon^{1,3} 

- Approche populationnelle PMSI
- France entière 2010-2019
- Incidence globale : 6,1 → 11,3/100 000
- Age moyen : 64,8 ans, ♂/♀ : 1.6, comorbidités 75%
- IDV sur matériel : 8,5% en ↗
- Mortalité intraH : 7,3%



VO incidence according to age and sex, 2010 vs. 2019

IDV : immobilisation



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

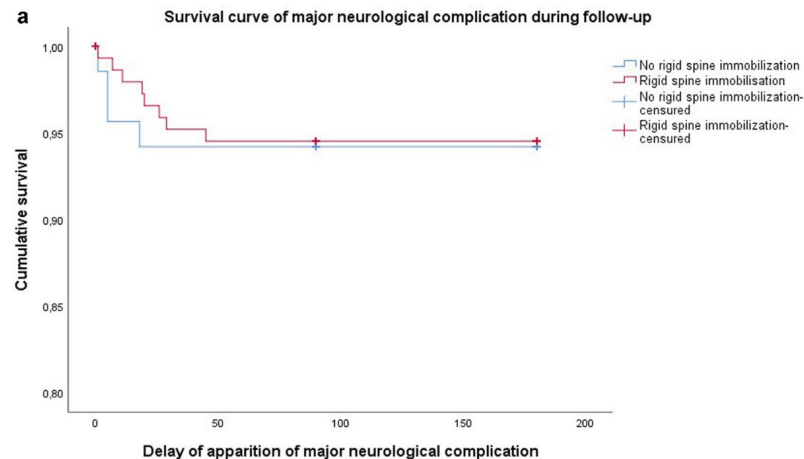
Joint Bone Spine

journal homepage: www.elsevier.com

Original article

Spine immobilization and neurological outcome in vertebral osteomyelitis SPONDIMMO, a prospective multicentric cohort[☆]

Adrien Le Pluart^{a,*}, Guillaume Coiffier^{b,m}, Christelle Darrieutort-Lafitte^a, Sophie Godot^c, Sebastien Ottaviani^d, Julien Henry^e, Julia Brochard^f, Grégoire Cormier^g, Marion Couderc^h, Emmanuel Hoppeⁱ, Denis Mulleman^j, Lydie Khatchatourian^k, Aurélie Le Thuaut^l, Benoit Le Goff^a, Géraldine Bart^b



- Etude observationnelle prospective multicentrique 2016-2019
- Patients adultes avec IDV documentée sans matériel, suivis 6 mois
- 250 patients, âge 67a, ♂/♀ : 2, Atteinte neuro 25%, instabilité 27%
- DDS : 77% - durée médiane 8j
- Corset rigide : 65% - durée médiane 6s
- + si inflammation, - si autonomes/EI
- Variation majeure selon centres
- Pas de réduction significative du nombre de complications neuro graves à distance, mais pas de propension

IDV : immobilisation



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

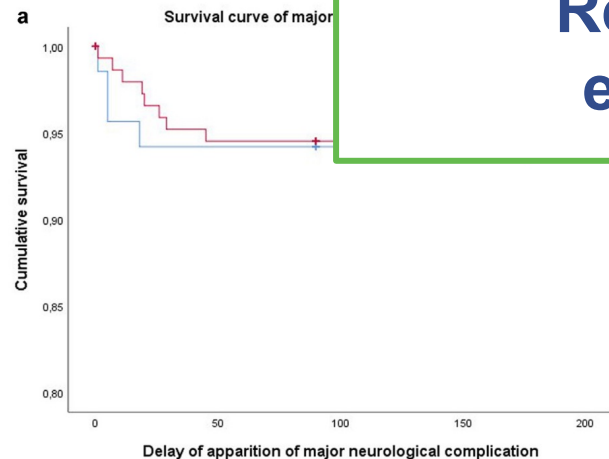
Joint Bone Spine

journal homepage: www.elsevier.com

Original article

Spine immobilization and neurological outcome in vertebral osteomyelitis SPONDIMMO, a prospective multicentric cohort[☆]

Adrien Le Pluart^{a,*}, Guillaume Coiffier^{b,m}, Christelle Darrieutort-Lafitte^a, Sophie Godot^c, Sebastien Ottaviani^d, Julien Henry^e, Julia Brochard^f, Grégoire Cormier^g, Marion Couderc^h, Emmanuel Hocⁱ, Aurélie Le Thuaut^l, Benoit Le Go



**Recommandations SPILF
en cours de publication**

- Etude observationnelle prospective multicentrique 2016-2019
- Patients adultes avec IDV documentée sans matériel, suivis 6 mois
- 250 patients, âge 67a, ♂/♀ : 2, Atteinte 95% de l'axe, 5% de l'axe
- 8j médiane 6s
- Si inflammation, - Si autonomes/El
- Variation majeure selon centres
- Pas de réduction significative du nombre de complications neuro graves à distance, mais pas de propension

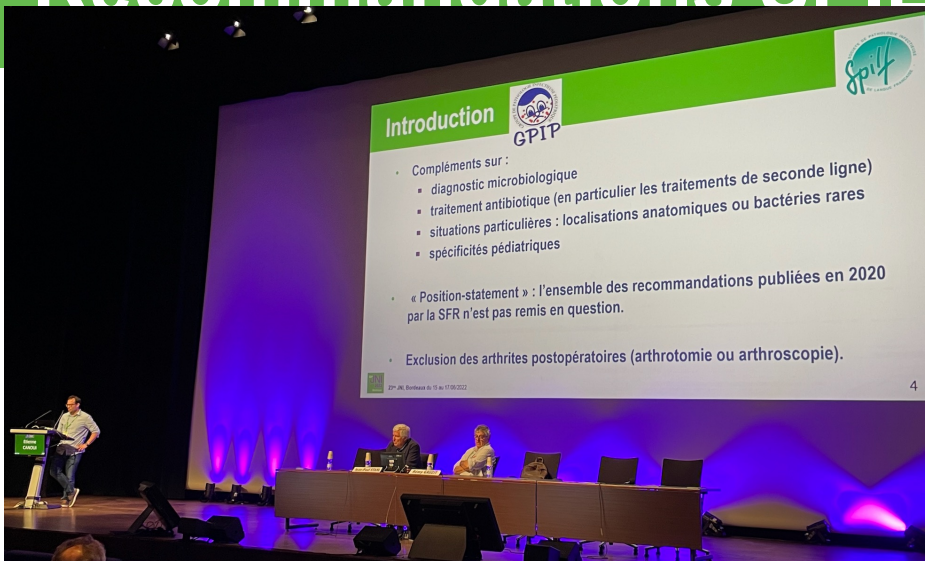
III - Ostéomyélites et arthrites natives



- **Antibiothérapie des arthrites natives**
 - Reco 2020 SFR/SOFCOT/SPILF
 - Addendum SPILF : précision des modalités d'antibiothérapie

- **Infections de pied diabétique**
 - Mise à jour des reco 2006

Recommandations SPILF



Introduction

GPIIP

- Compléments sur :
 - diagnostic microbiologique
 - traitement antibiotique (en particulier les traitements de seconde ligne)
 - situations particulières : localisations anatomiques ou bactéries rares
 - spécificités pédiatriques
- « Position-statement » : l'ensemble des recommandations publiées en 2020 par la SFR n'est pas remis en question.
- Exclusion des arthrites postopératoires (arthrotomie ou arthroscopie).

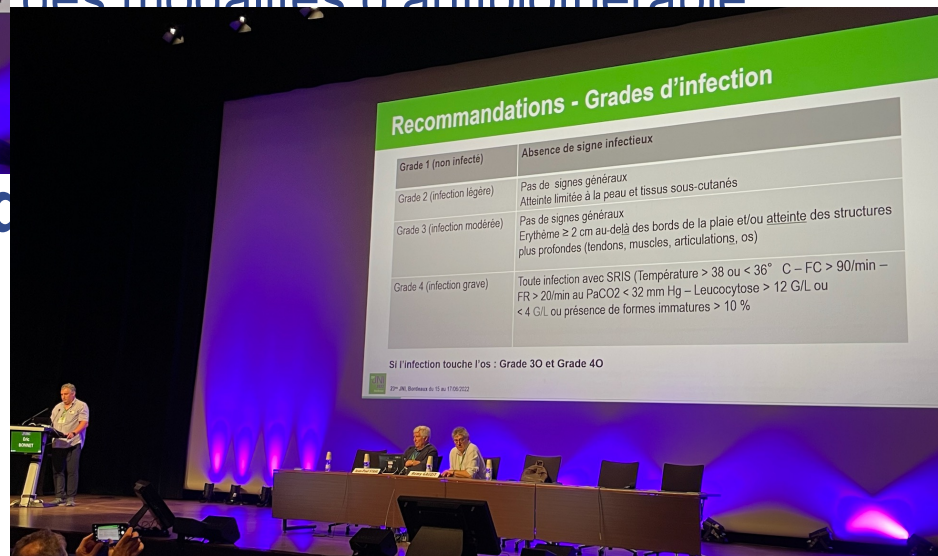
GPIIP, Bordeaux le 15 au 17/06/2022

des natives

SPILF

des modalités d'antibiothérapie

- Infections de pied diabétique
 - Mise à jour des reco 2006



Recommandations - Grades d'infection

Grade 1 (non infecté)	Absence de signes infectieux
Grade 2 (infection légère)	Pas de signes généraux Atteinte limitée à la peau et tissus sous-cutanés
Grade 3 (infection modérée)	Pas de signes généraux Erythème ≥ 2 cm au-delà des bords de la plaie et/ou atteinte des structures plus profondes (tendons, muscles, articulations, os)
Grade 4 (infection grave)	Toute infection avec SIRS (Température > 38 ou $< 36^{\circ}$ C – FC > 90 /min – FR > 20 /min au PaCO ₂ < 32 mm Hg – Leucocytose > 12 G/L ou < 4 G/L ou présence de formes immatures > 10 %

Si l'infection touche l'os : Grade 30 et Grade 40

GPIIP, Bordeaux le 15 au 17/06/2022

Use of Novel Strategies to Develop Guidelines for Management of Pyogenic Osteomyelitis in Adults A WikiGuidelines Group Consensus Statement



Brad Spellberg, MD; Gloria Aggrey, MD; Meghan B. Brennan, MD; Brent Footer, PharmD; Graeme Forrest, MD; Fergus Hamilton, MRCP; Emi Minejima, PharmD; Jessica Moore, PharmD, MS, BCPS; Jaimo Ahn, MD, PhD; Michael Angarone, DO; Robert M. Centor, MD; Kartikeya Cherabuddi, MD; Jennifer Curran, PharmD; Kusha Davar, MD; Joshua Davis, MD; Mei Qin Dong, PharmD; Bassam Ghanem, PharmD, MS, BCPS; Doug Hutcheon, MD; Philipp Jent, MD; Minji Kang, MD; Rachael Lee, MD, MSPH; Emily G. McDonald, MD, MSc; Andrew M. Morris, MD, SM; Rebecca Reece, MD; Ilan S. Schwartz, MD, PhD; Miranda So, PharmD, MPH; Steven Tong, MD; Christopher Tucker, MD; Noah Wald-Dickler, MD; Erica J. Weinstein, MD; Riley Williams II, PharmD; Christina Yen, MD; Shiwei Zhou, MD; Todd C. Lee, MD, MPH; for the WikiGuidelines Group

- Initiative née sur Twitter : Reco collaborative pilotée online
- Pas d'utilisation du système GRADE : reco fortes uniquement quand évidence suffisante, revue clinique avec pro/cons sinon
- 63 participants, multidisciplinaires, de 8 pays
- 2 recos fortes :
 - Traitement oral dès que possible
 - Durée de 6 semaines maximum si foyer circonscrit et absence de matériel

Traitement court dans les IPD

Three Weeks Versus Six Weeks of Antibiotic Therapy for Diabetic Foot Osteomyelitis: A Prospective, Randomized, Noninferiority Pilot Trial

Karim Gariani,^{1,4} Truong-Thanh Pham,^{2,3,*} Benjamin Kressmann,^{2,3} François R. Jornayvaz,¹ Giacomo Gastaldi,¹ Dimitrios Stafylakis,³ Jacques Philippe,¹ Benjamin A. Lipsky,^{2,4} and Ilker Uçkay^{2,3,5,6}

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE

- **Essai pilote prospectif, randomisé 1:1, de non-infériorité, monocentrique**
- **Patients diabétiques ≥18 ans, ostéite du pied, débridement chirurgical des tissus nécrotiques**
 - Exclusion si matériel, ATB au cours des dernières 96h, amputation complète, destruction osseuse complète, infection concomitante nécessitant une antibiothérapie >21 jours
- **93 patients randomisés, 44 traités 3 semaines et 49 traités 6 semaines**
- **Critère principal: rémission 2 mois après la fin du traitement**
- **Microbiologie classique: *S. aureus* 47%, streptocoques 11%, BGN 30% ; polymicrobien 52%**
- **47 schémas antibiotiques différents**
 - Amoxi-clav 63%, lévofloxacine 22%, clindamycine 17%, cotrimoxazole 9%, doxy 9% ; Rifampicine: 1 patient
- **Rémission : 73/93 (78%), suivi médian 11 mois**
 - 37/44 (84%) bras 3 semaines vs 36/49 (73%) bras 6 semaines, P=0.21
- **Effets indésirables : pas de différence entre les deux bras**

Dalbavancine et OM

Open Forum Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



Effectiveness of Dalbavancin Compared With Standard of Care for the Treatment of Osteomyelitis: A Real-world Analysis

Alexander R. Cain,[○] Derek N. Bremner,[○] Dustin R. Carr,[○] Carley Buchanan, Max Jacobs, Thomas L. Walsh, Matthew A. Moffa,[○] Nathan R. Shively,[○] and Tamara L. Trienski

- **Etude retrospective monocentrique 2019-2020**
- **Adultes avec ostéomyélite traités par dalbavancine**
- **Cas-témoin apparié 1/2 avec SOC**
- **Critère de jugement : echec à 1 an (modif ttt, reprise chir, récidence)**
- **42 patients bras dalbavancine**
- **1500 mg J0 et J8 [6-19] (64% monothérapie)**
- **Pas de différence pronostic à 1 an**
- **Tendances réduction durée hospit et effets indésirables mais puissance insuffisante**

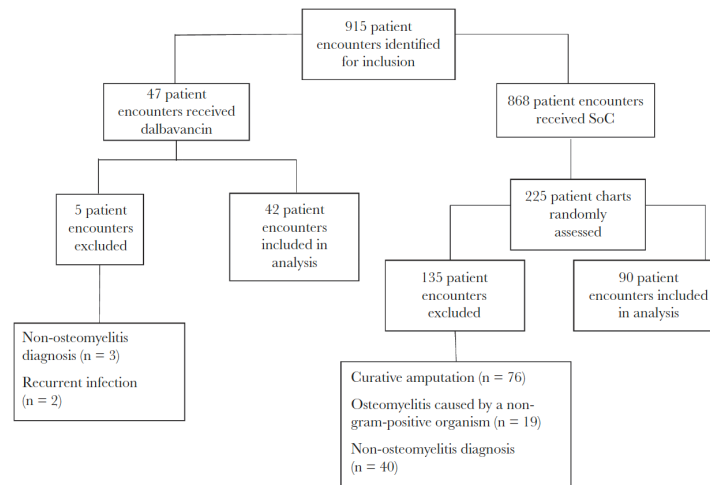
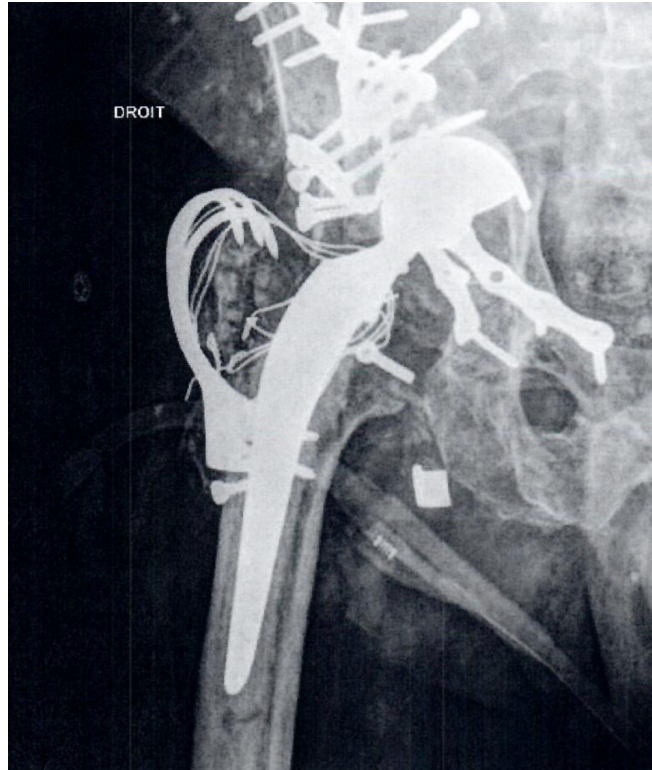


Table 2. Primary and Secondary Outcomes in Patients Receiving Dalbavancin and Standard of Care

Outcome	Dalbavancin (n = 42)	Standard of Care (n = 90)	P Value
Treatment failure, No. (%)	9 (21.4)	21 (23.3)	.808
Days to treatment failure, mean (SD)	134.3 (70.1)	95.3 (75.9)	.169
Infection-related re-admission, No. (%)	13 (31)	28 (31.1)	.985
Hospital LOS, mean (SD), d	5.2 (4.2)	7.2 (4.4)	.013

IV - Infections de prothèses



DAIR ?

Open Forum Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



Predictors of Treatment Success After Periprosthetic Joint Infection: 24-Month Follow up From a Multicenter Prospective Observational Cohort Study of 653 Patients

Joshua S. Davis,^{1,2,3,6} Sarah Metcalf,⁴ Benjamin Clark,⁵ J. Owen Robinson,^{6,7} Paul Huggan,⁸ Chris Luey,⁹ Stephen McBride,¹⁰ Craig Aboltins,^{10,11} Renji Nelson,¹² David Campbell,¹³ L. Bogdan Solomon,¹⁴ Kellie Schneider,¹⁵ Mark R. Loewenthal,^{2,3} Piers Yates,^{15,16} Eugene Athan,¹⁷ Darcie Cooper,¹⁸ Babak Rad,¹⁷ Tony Allworth,¹⁹ Alistair Reid,²⁰ Kerry Read,²¹ Peter Leung,²² Archana Sud,²³ Vana Nagendra,²⁴ Roy Chean,²⁵ Chris Lemoh,²⁶ Nora Mutalima,²⁷ Ton Tran,²⁷ Kate Grimwade,²⁸ Marjorie Sehu,²⁹ David Looko,²⁹ Adrienne Torda,³⁰ Thi Aung,³¹ Steven Graves,^{32,33} David L. Paterson,³⁴ and Laurens Manning^{5,16,35}, on behalf of the Australasian Society for Infectious Diseases Clinical Research Network

- **Genou 54% - Hanches 41%**
- **Traitement initial : DAIR 54%**
- **Succès global à 2 ans : 54%**

Table 5. Factors Associated With Treatment Success in Patients With Periprosthetic Infection Managed With Debridement, Antibiotics and Implant Retention as the Main Management Strategy Within 90 Days of Diagnosis (n = 352)

	OR Rx Success	95% CI	P	aOR	95% CI	P
Early presentation type (vs all others)	4.26	2.47-7.36	<.001	2.99	1.57-5.71	.001
Symptom duration <21 days	3.34	1.45-7.69	.005	6.32	2.01-19.49	.001
<i>Staphylococcus aureus</i> vs all others	0.49	0.32-0.77	.002	0.39	0.22-0.68	.001
At least 1 comorbidity	0.43	0.27-0.67	<.001	0.44	0.24-0.76	.003
Baseline albumin	1.05	1.01-1.09	.007	1.05	1.006-1.095	.008

THE JOURNAL OF
ARTHROPLASTY



Irrigation and Debridement With Implant Retention: Does Chronicity of Symptoms Matter?

T. David Tarity, MD • Ioannis Gkiatas, MD, PhD • Allina A. Nocon, PhD • Christopher W. Jones, MD •

Alberto V. Carli, MD • Peter K. Sculco, MD

Published: August 03, 2021 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2021.07.018> • Check for updates

- **DAIR : indication sur critères chir uniquement**
- **248 patients entre Aigue : 59 pts, Chronique : 54 pts, Aigue hémotogène : 139**
- **Succès global 52% à 2 ans**
- **Pas de ≠ significative entre groupes**
- **SA > durée comme FDR échec du DAIR**

Rifampicine

Clinical Infectious Diseases

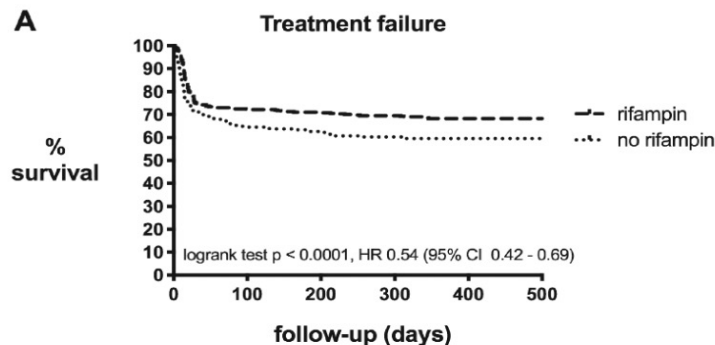
MAJOR ARTICLE



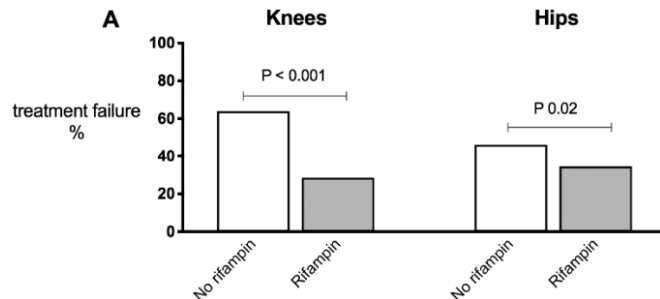
If, When, and How to Use Rifampin in Acute Staphylococcal Periprosthetic Joint Infections, a Multicentre Observational Study

Mark Beldman,¹ Claudia Löwik,¹ Alex Soriano,² Laila Albiach,² Wierd P. Zijlstra,² Bas A. S. Knobben,⁴ Paul Jutte,¹ Ricardo Sousa,⁵ André Carvalho,⁵ Karan Goswami,⁶ Javad Parvizi,⁶ Katherine A. Belden,⁷ and Marjan Wouthuyzen-Bakker⁸

- 669 patients dont 617 infections précoces (<90j après pose)
- 407 patients avec rifampicine (61%)
 - Plus de patients sans rifam dans les infections aiguës tardives
- Principaux résultats
- Rifampicine associée à moins d'échecs : 32.2% vs 54.2%
- Plus d'échecs si administration avant 5 jours
- Pas d'effet dose pour la rifampicine
- Plus d'échecs si traitement associé sans quinolones ou clinda
- Rétrospectif mais attention portée au contrôle des biais ...



Subjects at risk						
Rifampin	407	293	288	280	280	280
No rifampin	262	170	162	157	157	157



Rifampicine

In Vitro Activity of Rifampin, Rifabutin, and Rifapentine against Enterococci and Streptococci from Periprosthetic Joint Infection



AMERICAN SOCIETY FOR MICROBIOLOGY



Microbiology Spectrum

Mariana Albano,^a Melissa J. Karau,^a Kerry E. Greenwood-Quaintance,^a Douglas R. Osmon,^{b,c} Caitlin P. Oravec,^b Daniel J. Berry,^c Matthew P. Abdel,^c Robin Patel^{a,b}

TABLE 1 *E. faecalis* (n = 61), *S. agalactiae* (n = 23), and *S. mitis* group (n = 17) rifampin, rifabutin, rifapentine, and levofloxacin MICs and MBBCs

Parameter	Drug	No. of isolates (cumulative %) with the following value (μg/ml):							MIC ₅₀ (μg/ml)	MIC ₉₀ (μg/ml)	MBBC ₅₀ (μg/ml)	MBBC ₉₀ (μg/ml)		
		0.03	0.06	0.125	0.25	0.5	1	2					4	≥8
<i>E. faecalis</i>														
MIC	Rifampin			2 (3)	3 (8)	13 (30)	11 (48)	14 (70)	11 (89)	7 (100)	2	≥8		
	Rifabutin			1 (2)	3 (7)	4 (13)	11 (31)	6 (41)	15 (66)	21 (100)	4	≥8		
	Rifapentine				1 (2)	4 (8)	6 (18)	18 (48)	20 (80)	12 (100)	4	≥8		
	Levofloxacin				3 (5)	7 (16)	27 (61)	11 (79)	1 (80)	12 (100)	1	≥8		
	MBBC													
MBBC	Rifampin								1 (2)	60 (100)	IV-8		IV-8	
	Rifabutin								1 (2)	60 (100)	IV-8		IV-8	
	Rifapentine								1 (2)	60 (100)	IV-8		IV-8	
	Levofloxacin								1 (2)	60 (100)	IV-8		IV-8	
<i>S. agalactiae</i>														
MIC	Rifampin		3 (13)	5 (35)	15 (100)						0.25	0.25		
	Rifabutin		7 (30)	10 (74)	6 (100)						0.125	0.25		
	Rifapentine			3 (13)	5 (35)	14 (96)	1 (100)				0.5	0.5		
	Levofloxacin					10 (43)	11 (91)	2 (100)			1	1		
	MBBC									23 (100)			IV-8	
MBBC	Rifampin									23 (100)			IV-8	
	Rifabutin									23 (100)			IV-8	
	Rifapentine									23 (100)			IV-8	
	Levofloxacin						1 (4)		4 (22)	18 (100)			IV-8	
<i>S. mitis</i> group														
MIC	Rifampin	5 (31)	8 (81)	1 (87)	1 (94)				1 (100)		0.06	0.125		
	Rifabutin	3 (19)	6 (56)	6 (94)						1 (100)	0.06	0.125		
	Rifapentine	4 (25)	6 (62)	4 (87)	1 (94)				1 (100)		0.125	0.25		
	Levofloxacin				6 (37)	9 (94)	1 (100)				1	1		
	MBBC													
MBBC	Rifampin		2 (12)	2 (24)	1 (29)				1 (35)	11 (100)	≥8		IV-8	
	Rifabutin	1 (6)	3 (24)			1 (29)	5 (59)		3 (76)	4 (100)	1		IV-8	
	Rifapentine			2 (12)	3 (29)	1 (35)	1 (41)			10 (100)	≥8		IV-8	
	Levofloxacin					1 (6)	8 (53)	3 (71)	3 (88)	2 (100)	1		4	

- 126 souches testées in vitro entérocoques > streptocoques
- Activité partielle sur souches planctoniques (50% pour entérocoques)
- En dehors *S. mitis*, très faible activité antibiofilm des rifamycines

Et la dalbavancine ?

Dalbavancin treatment for prosthetic joint infections in real-life: a national cohort study and literature review

Morgan Matt^a, Clara Duran^a, Johan Courjon^b, Romain Lotte^c, Vincent Le Moing^d, Boris Monnin^d, Patricia Pavese^e, Pascal Chavanet^f, Lydie Khatchatourian^g, Pierre Tattevin^h, Vincent Cattoirⁱ, Catherine Lechiche^j, Gabriella Illes^k, Flore Lacassin-Beller^k, Eric Senneville^l, Aurélien Dinh^{a,*}, on behalf of the Dalbavancin French Study Group

- **Cohorte observationnelle cas français**
- **17 patients : IPOA hanche > genoux**
Documentation 16/17 :
SA dans 65%, 5 polymicrobien
- **16/17 chirurgie associée dont 9 DAIR**
- **Indications : intolérance > simplification > pb accès veineux**



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Journal of Global Antimicrobial Resistance

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jgar

- **Schéma principal :**
 - Relais 16/17 (médiane 35j)
 - 1500 mg J0 – J7
 - Monothérapie 8/17
- **Succès clinique 8/17**
- **Littérature : 102 IPOA à CG+ traitées**
 - S epi > SA
 - 1000 mg puis 500mg/sem
 - Succès 71%

Suspensif

Open Forum Infectious Diseases

BRIEF REPORT

Safety of Tedizolid as Suppressive Antimicrobial Therapy for Patients With Complex Implant-Associated Bone and Joint Infection due to Multidrug-Resistant Gram-Positive Pathogens: Results From the TediSAT Cohort Study

Tristan Ferry,^{1,2,3} Anne Conrad,^{1,2,3} Eric Senneville,^{4,5,6} Sandrine Roux,^{1,2}
Céline Dupieux-Chabert,^{1,2,3} Aurélien Dinh,^{7,8} Sébastien Lustig,^{2,9}
Sylvain Goutelle,^{1,2,10} Thomas Briot,^{1,2} Trung-Thanh Pham,^{1,2,11} Florent Valour^{1,2,3}

- **Cohorte observationnelle 2017-2020**
- **IPOA (MSIS) avec DAIR et indication SAT**
- **17 patients avec SAT par tedizolide (200 mg/j)**
 - Genou > hanche
 - SCN-MR (16) > coryne, VRE, SA
 - Relai traitement d'attaque, tox LZD pour 9/17
- **4 échecs, 1 décès (non lié)**
- **Pas de toxicité médullaire/neuro après durée médiane de 8 mois**
- **Bonne tolérance avec poursuite SAT pour les 12 patients restants**

Merci pour votre attention

