

Durées de traitement des infections bactériennes : avons-nous atteint les limites ?

Treatment duration in bacterial infections: have we reached the limits?



Pr Aurélien
Dinh



Service des maladies infectieuses et tropicales,
CHU Raymond-Poincaré, AP-HP,
université Paris-Saclay, Garches.

La durée de traitement antibiotique est un sujet de recherche majeur depuis quelques années. En effet, la réduction de la durée de l'antibiothérapie – car c'est de réduction dont on parle – permettrait de limiter l'émergence de résistance bactérienne au niveau populationnel. Cet intérêt vient d'être directement mis en évidence, pour la première fois, au cours d'une étude pédiatrique qui comparait 2 durées de traitement (5 versus 10 jours) pour des infections respiratoires, et qui retrouvait significativement moins de gènes de résistance bactérienne au niveau respiratoire dans le groupe traité pendant 5 jours [1].

Néanmoins, ce bénéfice collectif est contre-balançé par le risque individuel d'échec, auquel le patient et le clinicien sont évidemment plus sensibles. Il convient donc de démontrer formellement que l'on peut réduire "sans risque individuel" la durée de prescription des antibiotiques. C'est dans ce contexte que plusieurs essais randomisés de non-infériorité ont été réalisés récemment et apportent des éléments de réponse et de réflexion.

Dimitri Drekonja et al. ont démontré, au cours d'un essai, que les infections urinaires non fébriles de l'homme pouvaient être traitées par 7 jours d'antibiothérapie (versus 14 jours) [2]. Cette étude nous permet, via la durée de traitement, de définir une nouvelle entité nosologique : la cystite de l'homme, qui nous fait dire que "l'homme est une femme comme les autres". À l'opposé, l'infection urinaire fébrile de l'homme doit être traitée 14 jours selon l'essai PROSTASHORT, conduit par Matthieu Lafaurie, dont les résultats ont été présentés en congrès [3] (publication en attente), et qui retrouvait une supériorité d'un traitement de 14 jours versus un traitement de 7 jours (à lire l'article de J. Gras et M. Lafaurie, p. 64).

Dans un essai randomisé ouvert, publié en 2021 dans *The New England Journal of Medicine*, Louis Bernard et al. ont démontré que les infections sur prothèse ostéoarticulaire traitées par 12 semaines d'antibiotiques ont significativement un meilleur pronostic que lorsqu'elles sont traitées pendant 6 semaines [4]. Ce résultat a surpris les auteurs, dont l'auteur de ces lignes, et montre bien la force, la puissance et la nécessité de réaliser un essai randomisé contrôlé pour correctement évaluer l'efficacité des durées de traitement. En effet, les séries préalables rétro- et prospectives tendaient à démontrer l'absence de différence entre une durée courte (6 semaines) et une durée longue (12 semaines).

Les résultats de ces 2 derniers essais, qui sont en faveur de la supériorité d'un traitement long, montrent que la recherche qui vise à réduire systématiquement le traitement et à proposer une durée

A. Dinh déclare avoir reçu
des fonds de la DGOS
pour le programme PTC
(PHRC national).

1. Williams DJ et al. Short- vs standard-course outpatient antibiotic therapy for community-acquired pneumonia in children: The SCOUT-CAP randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2022;176(3):253-61.

2. Drekonja DM et al. Effect of 7 vs 14 days of antibiotic therapy on resolution of symptoms among afebrile men with urinary tract infection: a randomized clinical trial. *JAMA* 2021;326(4):324-31.

3. Lafaurie M. Efficacy of 7 versus 14 days of antibiotic therapy in male with febrile urinary tract infection due to fluoroquinolone susceptible organisms. PROSTA-SHORT: a randomized clinical trial. *JNI Montpellier*, 2021.

4. Bernard L et al. Antibiotic therapy for 6 or 12 weeks for prosthetic joint infection. *N Engl J Med* 2021;384(21):1991-2001.

5. Dinh A et al. Discontinuing β -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomized, placebo-controlled, non-inferiority trial. *Lancet* 2021;397(10280):1195-203.

prédéfinie n'est plus d'actualité, mais qu'il faut dorénavant individualiser la durée de traitement, soit en fonction des entités nosologiques (spondylodiscite versus infection sur prothèse articulaire, infection urinaire masculine fébrile versus non fébrile), soit, plus probablement, en fonction de la réponse au traitement qui permet d'évaluer l'efficacité globale de la thérapeutique indépendamment du terrain, de la molécule et des modalités d'administration.

Ainsi, l'essai PTC, réalisé chez les patients qui présentaient une pneumonie aiguë communautaire hospitalisés, a permis de montrer que l'antibiothérapie pouvait être interrompue à 3 jours de traitement si le patient présentait les signes cliniques de stabilité [5]. Cette investigation développe ainsi le concept d'individualisation de la durée de traitement reposant sur l'utilisation de critères d'arrêt de l'antibiothérapie simples et objectifs, comme les critères de stabilité: tension artérielle, température, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, capacité à prendre un traitement per os et absence de troubles de conscience.

On constate donc que la recherche sur la réduction de la durée de traitement atteint dorénavant ces limites, et qu'une durée fixe n'est pas (plus?) applicable. Il nous faut développer des critères d'arrêt de l'antibiothérapie dans les différentes situations cliniques. Cette perspective ouvre la voie à de nombreux travaux de recherche clinique et une nouvelle période enthousiasmante, qui associe médecine personnalisée et bon usage antibiotique.

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef.

Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique par les pairs, l'implication d'un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnement,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) et liens privilégiés avec la SPILF,
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publi-rédactionnels en marge des articles scientifiques.