



TRAITONS-NOUS TROP LONGTEMPS?

Saviez-vous que le bon usage des antibiotiques passe aussi par une durée de traitement appropriée? La durée de traitement idéale de plusieurs infections demeure inconnue. Cependant, de plus en plus de données suggèrent qu'un traitement antibiotique écourté est tout aussi efficace et sécuritaire.

AVANTAGES DE L'UTILISATION D'UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE ÉCOURTÉ

- Diminution de l'exposition aux antibiotiques
- Possible diminution de l'apparition de résistances
- Diminution des effets secondaires
- Meilleure observance au traitement
- Diminution des coûts

CONDITIONS ESSENTIELLES À LA PRESCRIPTION D'UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE ÉCOURTÉ

- Système immunitaire normal
- Pas de pathogène résistant
- Absence de facteurs de risque de pathogène résistant
- Utiliser des doses optimales d'antibiotique
- Bonne pénétration des antibiotiques au site infectieux
- Absence de corps étrangers
- Absence d'abcès

CONDITION CLINIQUE	DURÉE DE TRAITEMENT RECOMMANDÉE*
Cystite non compliquée chez la femme	3 jours (TMP-SMX) 5 jours (nitrofurantoïne) 7 jours (β-lactamines)
Pyélonéphrite chez la femme	7 jours (ciprofloxacine) 10 jours (β-lactamines)
Pneumonie acquise en communauté légère à modérée	Minimum 5 jours
Pneumonie acquise sur respirateur	8 jours
Diverticulites aiguës non compliquées	4 à 7 jours

* En absence d'immunosuppression ou de comorbidités significatives

CYSTITE NON COMPLIQUÉE : 3 À 7 JOURS

Les traitements de première intention pour une infection urinaire non compliquée sont le TMP-SMX (3 jours) et la nitrofurantoïne (5 jours). Les quinolones prescrites pour 3 jours (ciprofloxacine et levofloxacine) devraient être considérées comme traitement de deuxième intention seulement.¹

PYÉLONÉPHRITE NON COMPLIQUÉE : 7 À 10 JOURS

L'emploi d'un agent au spectre le plus étroit est toujours recommandé lorsque la bactérie responsable de l'infection est connue. L'emploi des β-lactamines pour une durée totale de 10 jours ou du TMP-SMX pour une durée totale de 14 jours sont alors de bonnes options de traitement.¹

Les quinolones sont également des agents qui peuvent être utilisés dans le traitement des pyélonéphrites. Une étude randomisée a comparé 7 à 14 jours de traitement avec la ciprofloxacine pour une pyélonéphrite chez les femmes adultes non enceintes. La non-infériorité de la durée de traitement de 7 jours a été démontrée pour la résolution des symptômes et l'absence de récurrence 14 jours après le traitement. À noter que dans le groupe de traitement de 7 jours, 27 % des patients présentaient une bactériémie à *E. coli*.²

PNEUMONIE ACQUISE EN COMMUNAUTÉ LÉGÈRE À MODÉRÉE : DE 5 À 7 JOURS SELON L'AGENT UTILISÉ

Pour les patients avec une PAC légère à modérée, une méta-analyse a démontré que l'emploi d'un traitement antibiotique écourté (3 à 7 jours) n'engendrait aucune différence en terme d'échec clinique, de mortalité ou d'éradication bactérienne comparativement à une durée de traitement de plus de 7 jours lorsque des fluoroquinolones, des β-lactamines et des macrolides étaient prescrits.³ Un traitement plus court peut donc être adéquat surtout lorsque le patient répond bien après 3 jours de traitement.⁴ On recommande un traitement minimum de 5 jours lorsque le patient est afebrile depuis 48-72 h et ne présente aucun signe d'instabilité.⁵

PNEUMONIE ACQUISE SUR RESPIRATEUR

Une étude randomisée comparant un traitement de 8 jours à un traitement de 15 jours pour les pneumonies acquises sur respirateur n'a montré aucune différence en termes de mortalité, de durée de ventilation et de durée de séjour aux soins intensifs. Il est cependant à noter que les patients avec une infection à bacille Gram négatif non fermentaire, dont *Pseudomonas aeruginosa*, avaient plus de récurrences de leur infection pulmonaire dans le groupe traité 8 jours.⁶

INFECTION INTRA-ABDOMINALE

Peu importe l'agent utilisé, la durée de traitement pour une infection intra-abdominale, lorsque la source est contrôlée, ne devrait pas excéder 4 à 7 jours. Les durées de traitement plus longues n'ont pas été associées à des bénéfices cliniques.^{7,8}

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE

- Prescrire d'emblée la date de fin de l'antibiotique (ex. : Levaquin 750 mg DIE pour 7 jours et cesser)
- Réévaluer après 48-72 h la pertinence de poursuivre le traitement antibiotique
- Lorsqu'il y a amélioration clinique significative rapidement, réévaluer la durée de traitement

RÉFÉRENCES

1. Gupta K, Hooton TM, Naber KG et al. *International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases*. *Clinical Infectious Diseases* 2011;52(5):e103–e120.
2. Sandberg T, Skoog G, Bornefalk Hermansson A, et al. *Ciprofloxacin for 7 days versus 14 days in women with acute pyelonephritis: a randomised, open-label and double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial*. *Lancet* 2012; 380: 484–90.
3. Li JZ, Winston LG, Morre DH, et al. *Efficacy of short-course antibiotic regimens for community-acquired pneumonia: a meta-analysis*. *American Journal of Medicine* 2007;120:783-790
4. El Moussaoui R, de Borgie CAJM, van den Broek P, et al. *Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study*. *British Medical Journal* 2006; 332: 1355–8.
5. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. *Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults*. *Clinical Infectious Diseases* 2007; 44:527–72.
6. Chastre J, Wolff M, Fagon JY et al. *Comparison of 8 vs 15 days of antibiotic therapy for ventilator-associated pneumonia in adults: a randomized trial*. *JAMA* 2003; 290:2588-2598.
7. Solomkin JS, Muzuski JE, Bradley JS et al. *Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America*. *Clinical Infectious Diseases* 2010; 50:133–64.
8. Schug-Pass C, Geers P, Hügel O, et al. *Prospective randomized trial comparing short-term antibiotic therapy versus standard therapy for acute uncomplicated sigmoid diverticulitis*. *International Journal of Colorectal Diseases* 2010; 25:751–759.