



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Durée courte d'antibiothérapie^{☆,☆☆}



Short-course antibiotic regimens: Up-to-date

A. Dinh^{a,*}, F. Bouchand^b, J. Salomon^a, L. Bernard^c

^a *Unité des maladies infectieuses, hôpitaux universitaires Paris—Île-de-France Ouest, CHU Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France*

^b *Service de pharmacie, hôpitaux universitaires Paris—Île-de-France Ouest, CHU Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France*

^c *Service de médecine interne et maladies infectieuses, université F.-Rabelais, CHRU Bretonneau, 2 bis, boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex, France*

Disponible sur Internet le 20 octobre 2016

MOTS CLÉS

Antibiotiques ;
Durée de traitement ;
Résistances
bactériennes ;
Bon usage

Résumé Les durées de traitement antibiotique ne reposent pas sur un rationnel scientifique fort. Pourtant à l'heure de l'émergence dramatique de résistance bactérienne, réduire la pression de sélection par la réduction de la durée d'exposition devrait être un enjeu majeur. En outre, la diminution des coûts et des effets indésirables associés renforce l'intérêt des traitements courts. Malheureusement, peu d'études de méthodologie satisfaisante sont disponibles dans la littérature. Nous présentons le rationnel et l'intérêt à un raccourcissement des durées de traitement antibiotique ainsi que les principales données disponibles concernant les infections fréquentes comme les infections urinaires, pulmonaires, ostéoarticulaires et intra-abdominales. Enfin, nous mettons en perspective les difficultés à évaluer les durées de traitement ainsi que les possibles solutions et méthodologies innovantes.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence de cet article mais la référence de sa première parution : *La Revue de médecine interne* volume 37, issue 7, juillet 2016, pages 466–472. DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2015.12.003>.

^{☆☆} Cet article appartient à la série « Maladies infectieuses/Antibiothérapie ».

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aurelien.dinh@aphp.fr (A. Dinh).

KEYWORDS

Antimicrobial therapy;
Treatment duration;
Multi-drug resistant organism;
Adapted use of antibiotics

Abstract Antibiotic treatment durations are not well documented. Yet, dramatic emergence of multi-drug resistant organisms should lead to tend to decrease antibiotic selection pressure. Furthermore, it could lower health costs and reduce associated adverse events. Unfortunately, only few studies with rigorous methodology have been performed. We present the available data on frequent infections such as urinary tract infections, community acquired pneumonia, bone and joint infections and intra-abdominal infections. We underline the difficulties to perform such trials and discuss original options to a better evaluation of treatment duration.
© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Un traitement court est un traitement de durée inférieure à la durée conventionnelle. Mais la plupart des durées de traitement antibiotique mentionnées dans les référentiels (recommandations, autorisation de mise sur le marché [AMM] et les manuels médicaux) ne reposent pas sur un rationnel scientifique solide. En outre, ils sont souvent mentionnés sous forme d'intervalles étendus pouvant aller du simple au double, par exemple 6 à 12 semaines pour les infections ostéoarticulaires sur matériel orthopédique ou 7 à 14 jours pour les pyélonéphrites aiguës [1,2].

Or, limiter les durées de traitement antibiotique au minimum nécessaire devrait avoir plusieurs intérêts :

- réduire l'exposition aux antibiotiques dans la population et donc limiter l'émergence de résistance bactérienne ;
- diminuer le nombre d'effets indésirables liés aux traitements antibiotiques (i.e. infections à *Clostridium difficile*, tendinopathies aux fluoroquinolones, etc.) ;
- réduire les coûts associés aux traitements ;
- améliorer la compliance au traitement antibiotique.

L'ensemble pourrait concourir à améliorer la satisfaction globale de prise en charge des patients. Pour toutes ces raisons, certains auteurs évoquent même la possibilité d'une plus grande efficacité des « traitements courts » [3]. Cependant, il existe peu d'essais cliniques sur ce sujet pourtant majeur.

Nous présentons dans cette revue les arguments en faveur de la réduction de la durée de traitement antibiotique ainsi que les principales données disponibles concernant les pathologies infectieuses les plus fréquentes, puis les difficultés inhérentes à cette problématique.

2. Principes généraux et rationnels à un traitement antibiotique court

2.1. Historique

La question de la durée de traitement est posée depuis plusieurs années. Une étude réalisée en Rhodésie, rapportée dans *Thorax* en 1970 s'était intéressée au traitement d'une journée des pneumonies bactériennes sans retrouver de différence avec un traitement plus long [4].

Il existe des indications démontrées à une durée de traitement antibiotique courte. Elles ont été rapidement appliquées aux infections peu graves comme les infections ORL : les angines peuvent être traitées 5 jours ou 3 jours par

azithromycine [5–7]. De même, un traitement monodose est validé pour les infections sexuellement transmissibles (syphilis, infections à *Chlamydia* ou à gonocoque) et les infections urinaires basses. Enfin, les diarrhées infectieuses peuvent être traitées par prise unique de fluoroquinolone et les exacerbations de BPCO sont généralement traitées par 5 jours d'antibiotiques [8,9].

Les motivations pour valider des traitements courts dans ces indications reposent essentiellement sur l'absence de gravité de ces pathologies ainsi que les problèmes supposés ou avérés de compliance qui y sont associés.

2.2. Durée de traitement et émergence de résistance

L'émergence de résistance bactérienne dans une population est liée à la quantité d'antibiotiques prescrites. En effet, Goosens et al. [10] ont montré que la proportion de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline dans les pays européens était liée à la quantité de prescription de pénicilline. En outre, une étude réalisée par Guillemot et al. [11] mettait en évidence un portage plus important de pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline chez les enfants qui avaient reçu un traitement par bêtalactamine auparavant avec un *Odds-Ratio* à 3,9 (1,4–11,2). Ce portage était aussi plus important si le traitement était de durée supérieure à 5 jours et s'il existait un sous-dosage [11].

La Haute Autorité de santé (HAS) a émis des recommandations de bon usage des antibiotiques en avril 2008 spécifiant que l'antibiothérapie curative ne dépasse généralement pas une semaine et qu'une antibiothérapie prolongée expose à un bénéfice/risque défavorable avec des résistances bactériennes augmentées et une toxicité accrue [12].

Au niveau microbiologique, plusieurs travaux montrent qu'en présence d'antibiotiques les bactéries développent rapidement des mécanismes de résistance [13–15].

L'émergence de résistance sous antibiothérapie concerne à la fois :

- les bactéries ciblées par le traitement antibiotique : cette résistance a peu d'impact et ne concerne qu'une seule espèce bactérienne ;
- les flores commensales (cutanée, ORL, digestive) [14,16] : cette résistance a des conséquences plus importantes car elle concerne plusieurs espèces bactériennes et fait appel à différents types de mécanismes. La modification des flores commensales débute dès 48 heures d'antibiothérapie. Il existe alors une possible

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8720072>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8720072>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)