

Durées de traitement

Méta-analyses et revues de la littérature										
Ref	Auteur	Année	Type d'étude	Population			Traitement étudié, méthodologie		Résultats	Qualité
1	Eliakim-Raz	2013	Méta-analyse	PNA ou IU fébrile			• Traitement court (≤ 7 jours) versus traitement long (> 7 jours)		<ul style="list-style-type: none"> • Echec clinique à la date de fin du ttt long RR 0,63 [IC95% 0,33-1,18] • Idem, études incluant uniquement FIQ RR 0,76 [IC95% 0,49-1,17] • Idem, patients bactériémiques: pas de différence • Echec bactériologique: dans un sous-groupe d'études avec fort % de patients avec anomalies urologiques, sur-risque d'échec avec ttt court RR 1.78 [IC95% 1,02-3,10] 	1
2	Coats	2013	Revue de la littérature	Bactériémie à bacille GRAM négatif à porte d'entrée urinaire			<ul style="list-style-type: none"> • Traitement court versus long • Inclusion d'une méta-analyse (Havey), une étude en double-aveugle contre placebo (Jermelius), 3 RCT en double-aveugle (Talan, Klausner, Peterson), un avis d'expert (Daneman) 		<ul style="list-style-type: none"> • D'après les résultats des 3 RCT: • Un traitement court des bactériémies à <i>E. coli</i> associées à une PNA est probablement possible • Données insuffisantes pour bactériémies à d'autres bacilles Gram négatif • Données insuffisantes pour la porte d'entrée urinaire autre que pyélonéphrite 	1
3	Kyriakidou	2008	Méta-analyse	PNA			<ul style="list-style-type: none"> • Traitement court (7-14 jours) versus traitement long (14-42 jours) par le même antibiotique, même dose quotidienne • Inclusion de 4 RCT <ul style="list-style-type: none"> > de Gier: fleroxacine > Stamm: ampicilline puis TMP-SMX > Jermelius: pivampicilline + pivmecillinam > Gleckman: gentamycine ou tobramycine puis TMP-SMX ou ampicilline ou céphalexine 		<ul style="list-style-type: none"> • Succès clinique OR 1,27 [IC95% 0,59-2,70] • Efficacité bactériologique OR 0,80 [IC95% 0,13-4,95] • Rechute OR 0,65 [IC95% 0,08-5,39] 	1
Etudes cliniques										
Ref	Auteur	Année	Type d'étude	Population	Type d'IU	Nombre	Traitement étudié	Comparateur	Résultats	Qualité
4	Sandberg	2012	Prospective Non-infériorité	Femmes	PNA	126/122 73/83 analysés	Ciprofloxacine 500 mg X 2/j	7 jours vs 14 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Succès clinique et bactériologique précoce Ttt court 97%, ttt long 96%, NS • Absence de différence dans le sous-groupe des patients bactériémiques • Efficacité cumulée à long terme 93% dans les deux bras, NS 	1
5	Peterson	2008	Randomisée Double-aveugle Non-infériorité	H/F	PNA ou IU "compliquée"	1093	Levofloxacine 750 mg/j, 5 jours (N=537)	Ciprofloxacine 400 mg X2/j IV ou 500 mg X2/j PO, 10 jours (N=556)	<ul style="list-style-type: none"> • Succès clinique et bactériologique en fin de traitement: 5 jours non-inférieur à 10 jours • Succès clinique et bactériologique à distance de la fin de traitement: 5 jours non-inférieur à 10 j 	1
6	Klausner	2007	Randomisée Double-aveugle Non-infériorité	H/F	PNA	311	Levofloxacine 750 mg/j, 5 jours (N=146)	Ciprofloxacine 400 mg X2/j IV ou 500 mg X2/j PO, 10 jours (N=165)	<ul style="list-style-type: none"> • NB: même étude que Peterson 2008, mais analyse des PNA uniquement • Succès clinique et bactériologique en fin de traitement: 5 jours non-inférieur à 10 jours • Succès clinique et bactériologique à distance de la fin de traitement: 5 jours non-inférieur à 10 j 	1
7	Ulleryd	2003	RCT ouverte Monocentrique	Hommes	IU fébrile	72 analysés	Ciprofloxacine 500 mg 2 X/j	2 semaines vs 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Succès clinique + bactériologique à J14 89% vs 97%, NS 	2
8	Takahashi	2001	Série de cas	Femmes	PNA	13	Ciprofloxacine 200 mg X 3/j	14 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Succès clinique + bactériologique à J14: 100% 	4

9	Cronberg	2001	Double-aveugle Multicentrique	H/F	PNA	171	Cefuroxime IV 2-3 jous puis ceftibutène 200 mg X2/j, 10 jours	Cefuroxime IV 2-3 jous puis norfloxacine 400mg X2/j, 10 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Succès clinique en fin de traitement ceftibutène 82%, norfloxacine 92% (NS) • Eradication bactériologique en fin de traitement ceftibutène 76%, norfloxacine 89% Fréquence relative d'éradication 0,84 [IC95% 0,74-0,97] • Absence de réinfection ceftibutène 63%, norfloxacine 84% Fréquence relative d'éradication sans réinfection 0,76 [IC95% 0,63-0,91] 	2
10	Talan	2000	RCT Double-aveugle	Femmes	PNA	255	Ciprofloxacine 500 mg X 2/j 7 jours (N=128)	Bactrim forte X 2/j 14 jours (N=127)	<ul style="list-style-type: none"> • Succès clinique Cipro > Bactrim 96% vs 83% IC 0,006-0,22 p=0,02 • Eradication bactériologique Cipro > Bactrim 99% vs 89% IC 0,04-0,16, p=0,004 Mais Bactrim-R 18%, Cipro-R 0% 	1
11	Krcmery	1999	Randomisée Multicentrique	H/F	PNA, cystite	215 163 analysés	Ciprofloxacine 500 mg X1/j 7-20 jours (N=75)	Ciprofloxacine 250 mg X2/j 7-20 jours (N=88)	<ul style="list-style-type: none"> • Eradication bactériologique monoprise 84%, deux prises 91% • Succès clinique monoprise 97%, deux prises 96% 	4
12	Richard	1998	2 études Randomisées Multicentriques	H/F	PNA	186	Etude 1 Levofloxacine 250 mg X1/j 10 jours Ciprofloxacine 500 mg X2/j 10 jours	Etude 2 Levofloxacine 250 mg X1/j 7-10j Lomefloxacine 400 mg X1/j 14 j	<ul style="list-style-type: none"> Absence de différence significative entre les 3 ttt pour Succès clinique en fin de traitement Eradication bactériologique en fin de traitement Rechute 	2
13	Fang	1991	Randomisée	H/F + pathologie urologique	IU compliquée	65	Ciprofloxacine 500 mg X2/j 7-10 jours (N=37)	Aminoside (gentamycine, tobramycine, amikacine) 7 jours (N=28)	<ul style="list-style-type: none"> Hommes 63/65, sondage: 94%, fièvre: 59% Prédominance <i>P. stuartii</i> et <i>P. aeruginosa</i> • Succès clinique à court-terme (J5-J7 post-ttt) ciprofloxacine 81%, aminosides 82% NS • Succès clinique à long-terme (J28-J30 post-ttt) 69% vs 58% NS • Eradication bactériologique à court-terme ciprofloxacine 63%, aminoside 15%, p=0,0005 • Eradication bactériologique à long-terme 21% vs 23% NS 	2
IU: infection urinaire, PNA: pyélonéphrite aiguë, RR: risque relatif, RCT: étude contrôlée randomisée, OR: odds-ratio, IC: intervalle de confiance, NS: non-significatif, TMP-SMX: triméthoprime-sulfaméthoxazole										
H/F: hommes/femmes										
Les études évaluant des durées de traitement ≥ 14 jours dans les PNA de la femme n'ont pas été incluses										

Références Tableau bibliographique « Durées de traitement » des pyélonéphrites et infections urinaires masculines

1. Eliakim-Raz N, Yahav D, Paul M, Leibovici L. Duration of antibiotic treatment for acute pyelonephritis and septic urinary tract infection-- 7 days or less versus longer treatment: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Antimicrob Chemother.* 2013 Oct;68(10):2183–91.
2. Coats J, Rae N, Nathwani D. *Journal of Global Antimicrobial Resistance.* 2013 Mar 1;1(1):39–42.
3. Kyriakidou KG, Rafailidis P, Matthaïou DK, Athanasiou S, Falagas ME. Short- Versus Long-Course Antibiotic Therapy for Acute Pyelonephritis in Adolescents and Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Therapeutics.* 2008 Oct 1;30(10):1859–68.
4. Sandberg T, Skoog G, Hermansson AB, Kahlmeter G, Kuylenstierna N, Lannergård 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. *The Lancet.* 2012 Aug 4;380(9840):484–90.
5. Peterson J, Kaul S, Khashab M, Fisher AC, Kahn JB. A Double-Blind, Randomized Comparison of Levofloxacin 750 mg Once-Daily for Five Days With Ciprofloxacin 400/500 mg Twice-Daily for 10 Days for the Treatment of Complicated Urinary Tract Infections and Acute Pyelonephritis. *Urology.* 2008 Jan;71(1):17–22.
6. Klausner HA, Brown P, Peterson J, Kaul S, Khashab M, Fisher AC, et al. A trial of levofloxacin 750 mg once daily for 5 days versus ciprofloxacin 400 mg and/or 500 mg twice daily for 10 days in the treatment of acute pyelonephritis. *Curr Med Res Opin.* 2007 Nov;23(11):2637–45.
7. Ulleryd P, Sandberg T. Ciprofloxacin for 2 or 4 Weeks in the Treatment of Febrile Urinary Tract Infection in Men: A Randomized Trial with a 1 Year Follow-up. *Scand J Infect Dis.* 2003 Jan 1;35(1):34–9.
8. Takahashi S, Hirose T, Satoh T, Kato R, Hisasue SI, Takagi S, et al. Efficacy of a 14-day course of oral ciprofloxacin therapy for acute uncomplicated pyelonephritis. *J Infect Chemother.* 2001 Dec;7(4):255–7.
9. Cronberg S, Banke S, Bergman B, Boman H, Eilard T, Elbel E, et al. Fewer bacterial relapses after oral treatment with norfloxacin than with ceftibuten in acute pyelonephritis initially treated with intravenous cefuroxime. *Scand J Infect Dis.* 2001;33(5):339–43.
10. Talan DA, Stamm WE, Hooton TM, Moran GJ, Burke T, Iravani A, et al. Comparison of Ciprofloxacin (7 Days) and Trimethoprim-Sulfamethoxazole (14 Days) for Acute Uncomplicated Pyelonephritis in Women. *JAMA.* 2000 Mar 22;283(12):1583–8.
11. Krcmery S, Naber KG. Ciprofloxacin once versus twice daily in the treatment of complicated urinary tract infections. German Ciprofloxacin UTI Study Group. *International Journal of Antimicrobial Agents.* 1999 Feb;11(2):133–8.
12. Richard GA, Klimberg IN, Fowler CL, Callery-D'Amico S, Kim SS. Levofloxacin versus ciprofloxacin versus lomefloxacin in acute pyelonephritis. *Urology.* 1998 Jul;52(1):51–5.
13. Fang G, Brennen C, Wagener M, Swanson D, Hilf M, Zadecky L, et al. Use of Ciprofloxacin versus Use of Aminoglycosides for Therapy of Complicated Urinary Tract Infection: Prospective, Randomized Clinical and Pharmacokinetic Study. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy.* 1991 Sep;35(9):1849–55.