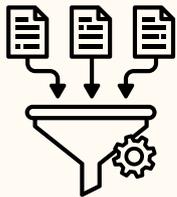


EFFICACY AND SAFETY OF INDIVIDUALISED VERSUS STANDARD 10-DAY ANTIBIOTIC TREATMENT IN CHILDREN WITH FEBRILE URINARY TRACT INFECTION (INDI-UTI)

The Lancet Infectious Diseases (Avril 2025)



Objectif: Évaluer si une durée de traitement antibiotique individualisée est **non-inférieure** à un schéma standard de 10j en terme de récurrence d'infection urinaire dans les 28j et **supérieure** en terme de réduction du nombre total de jours d'antibiotiques pour cette même période.



Méthodologie:

- Essai pragmatique, multicentrique (8 hôpitaux danois), randomisé, ouvert.
- Population : 408 enfants (3 mois à 12 ans) avec fièvre ≥ 38 °C et culture urinaire positive (exclusions: malformations & malades).
- Intervention : antibiotique arrêté 3j après l'amélioration clinique (absence de fièvre x 12h & amélioration clinique) pour un minimum ≥ 4 j vs 10j.
- Issues primaires : récurrence d'infection urinaire et nombre total de jours d'antibiotique en 28j.



Résultats clés : Âge médian de 1,5 ans ; 80 % de filles; 69% avec amox-clav

- Durée de traitement initial médiane : 5.3j (individualisé) vs 10j (standard).
- Nombre total de jours avec antibiotique en 28j: 6.0 (individualisé) vs 10.0 (standard); différence -4j ($p < 0.0001$).
- Récurrence en 28j (NIM +7.5%): 11% (individualisé) vs 6% (standard), différence +5.3 % (97.5%IC ad 11.1%);
- Récurrence en 100j (NIM +10%): différence +1.8% (97.5%IC ad 9.0%)
- Taux d'incidence d'effets secondaires: 6.8 (individualisé) vs 11.1 (standard) événements pour 100 patients-jours ($p = 0,0003$)
- Événements graves: 8 % vs 7 % ($p=0.79$).
- NNH 19 (infection récurrente) & 30 (infection récurrente fébrile) en 28j; NNH 56 en 100j.
 - "Il faut traiter 19 enfants avec traitement standard pour éviter 1 récurrence."



Analyse critique:

- Très bonne validité interne + analyses DOOR/RADAR + différents régimes, mais essai ouvert (parents/évaluateurs connaissent le groupe!); possible biais d'évaluation.

Ce qu'on retient :

- Environ 80% des enfants **en santé** peuvent bénéficier d'un traitement plus court si l'évolution clinique est favorable dans les 48-72h, avec arrêt 3j après amélioration; à ne pas appliquer en cas d'anomalie anatomique, fièvre prolongée ou mauvais suivi!
- Il faut d'autres études pour mieux identifier ceux qui ont réellement besoin de 10j de traitement (facteurs cliniques? biomarqueurs?).

