

Entre le 23 juin 2016 et le 20 juin 2018, 240 participantes ont été recrutées et affectées au hasard à une prophylaxie antibiotique (n = 120) ou à l'hippurate de méthénamine (n = 120). Le suivi des patientes s'est achevé en janvier 2020. Dans la population en intention de traiter modifiée, 90 épisodes d'infection urinaire symptomatique traitée par antibiotique ont été rapportés sur 101 années-personnes de suivi dans le groupe sous antibiotiques, et 141 épisodes sur 102 années-personnes de suivi dans le groupe sous hippurate de méthénamine. L'incidence d'infections urinaires symptomatiques traitées par antibiotique au cours de la période de traitement de 12 mois était donc de 0,89 épisode par année-personne (intervalle de confiance à 95 % de 0,65 à 1,12) dans le groupe sous antibiotiques et de 1,38 (1,05 à 1,72) dans le groupe sous hippurate de méthénamine (différence absolue de 0,49 [intervalle de confiance à 90 % de 0,15 à 0,84]). La limite supérieure de l'intervalle de confiance à 90 % étant inférieure au seuil de non-infériorité de 1. Les chercheurs ont donc conclu que l'hippurate de méthénamine était non inférieur à la prophylaxie antibiotique. Au total, 183 (79 %) des 231 épisodes d'infection urinaire signalés dans la population en intention de traiter modifiée étaient accompagnés d'un échantillon d'urine. L'incidence des infections urinaires confirmées microbiologiquement était de 0,41 (intervalle de confiance à 95 % de 0,27 à 0,56) chez les participantes ayant reçu une prophylaxie antibiotique et de 0,53 (0,34 à 0,72) chez ceux ayant reçu de l'hippurate de méthénamine (différence absolue de 0,11 [-0,12 à 0,35]). La proportion de participantes présentant une résistance à au moins un antibiotique dans les *E. coli* isolés à partir d'écouvillons périnéaux était similaire entre les groupes randomisés au départ. Lors du suivi à six ou douze mois, cette proportion est devenue plus élevée dans le groupe sous prophylaxie antibiotique que dans le groupe sous hippurate de méthénamine (46/64 [72 %] contre 39/70 [56 %]; test χ^2 , p = 0,05). En moyenne, la satisfaction à l'égard du traitement était élevée et généralement comparable entre les groupes de traitement, bien que le groupe sous prophylaxie antibiotique ait obtenu des scores plus élevés au chapitre de la commodité que le groupe sous hippurate de méthénamine (moyenne de 91,4 [écart-type : 12,7] contre 82,2 [18,4]; test t, p = 0,001). Les taux d'événements et d'effets indésirables étaient faibles et comparables entre les groupes de traitement. Deux réactions indésirables graves (douleurs abdominales graves et augmentation des taux de l'alanine aminotransférase) ont été signalées, toutes deux chez des participantes ayant reçu une prophylaxie antibiotique.

Il a été démontré lors de cet essai que le traitement préventif non antibiotique de l'infection urinaire (hippurate de méthénamine) n'est pas inférieur au traitement de référence recommandé par les directives actuelles (antibiotiques prophylactiques quotidiens à faible dose). Cet essai enrichit les éléments probants favorables à l'utilisation de l'hippurate de méthénamine comme traitement prophylactique chez les femmes adultes souffrant d'infections urinaires récurrentes. Bien que le groupe sous hippurate de méthénamine ait eu un taux d'épisodes d'infection urinaire 55 % plus élevé que le groupe sous antibiotique, la différence absolue n'était que de 0,49 épisode d'infection urinaire par an, ce qui a peu de conséquences cliniques. Ces résultats pourraient appuyer un changement de pratique en ce qui concerne les traitements préventifs des infections urinaires récurrentes. Ils fournissent en effet aux patientes et aux cliniciens une alternative crédible à la prise quotidienne d'antibiotiques, leur donnant ainsi la confiance nécessaire pour adopter des stratégies qui évitent l'antibiothérapie à long terme.

La bonne réponse est 1.

Référence : Harding C, Mossop H, Homer T, Chadwick T, King W, Carnell S et coll. Alternative to prophylactic antibiotics for the treatment of recurrent urinary tract infections in women: multicentre, open label, randomised, non-inferiority trial. *BMJ*. Le 9 mars 2022;376:e068229.

Lien : <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-0068229.long>

PMID : 35264408