



autres problèmes banaux, je ne la connaissais pas très bien. Mais cette fois-ci, elle venait parce qu'elle ne savait plus avec qui partager ses soucis: la relation difficile avec ses enfants adolescents et en même temps la perspective de leur départ prochain, un travail peu satisfaisant de secrétaire, sans perspectives d'amélioration, une mère malade avec de grandes attentes qu'on s'occupe d'elle.... Avec un peu de distance, la situation de Madame K. peut

être vue comme une crise «banale» de la quarantaine, mais je vois aujourd'hui que j'ai eu de la peine à garder une certaine distance. Son récit m'a renvoyé à des éléments de mon propre vécu à ce moment précis, elle a formulé des questions que je me posais aussi et elle a décrit des sentiments que j'ai aussi ressentis par moments. La rencontre avec Madame C. m'a autrement marqué: Une patiente octogénaire, très active et élégante, je l'ai accompagnée

durant des années pour ses multiples problèmes de santé et avec qui j'ai eu de beaux échanges sur de nombreux sujets. Un jour elle est venue en me déclarant: «J'aimerais parler avec vous de la mort.». Elle voulait que je lui dise ce qui l'attendait avec ses maladies, ce que je pensais «franchement» de son avenir. Elle m'a évoqué ses inquiétudes, sa peur de souffrir, sa foi et ses interrogations. Nous avons discuté des directives anticipées. Nous avons évoqué Exit. Nous avons parlé de ses valeurs et de ses volontés. Je me suis alors rendu compte à quel point tout cela réveillait en moi aussi des émotions, comment cela me renvoyait à mes propres questionnements, mes idées et mes valeurs.

Pourquoi ces épisodes sont-ils restés si vifs dans ma mémoire? En me remémorant ces

moments, je suis encore émerveillé par la richesse de ce que m'a apporté le quotidien des consultations. Évidemment il y a eu le cadeau des relations humaines dans leur grande variété, de vivre et de recevoir autant d'émotions. J'ai également vécu comme grand privilège de pouvoir partager la vie de mes patients, de toutes ces personnes qui m'ont accordé leur confiance et qui m'ont laissé entrer dans leur intimité. Mais je réalise aussi la grande chance, offerte par ces consultations, de pouvoir revoir mon propre vécu comme dans un miroir. Je remercie mes patients de m'avoir permis d'apprendre des choses sur moi-même.

- 1 Canabate A. *L'écologie et la narration du pire*. Paris: Les Éditions Utopia; 2021.
- 2 Petignat Y. *Climat, covid: un pays en sursis*. Le Temps, 11 décembre 2021, p. 11.

ZOOM

Durée de traitement de l'infection urinaire chez l'homme: nouvelle brûlante

Dans la lignée du *less is more*, et compte tenu de l'émergence de résistances bactériennes aux antibiotiques, la durée recommandée de l'antibiothérapie pour la plupart des infections a été réduite ces dernières années. En l'absence de données sur l'infection urinaire chez l'homme, les auteurs de cet article ont cherché à démontrer la non-infériorité d'une antibiothérapie de 7 jours versus 14 jours dans ce type d'infection.

Méthode: RCT de non-infériorité, en double aveugle, bicentrique (centre de Vétérans aux États-Unis), ayant enrôlé 272 patients masculins diagnostiqués d'une infection urinaire (IU), sans état fébrile, et traités en ambulatoire (hospitalisation de maximum 24 heures tolérée) par ciprofloxacine ou triméthoprime/sulfaméthoxazole. Le diagnostic était clinique (présence d'au moins un symptôme parmi une dysurie, pollakiurie, urgence mictionnelle, hématurie, douleur en loge rénale ou suprapubienne). Les patients étaient exclus s'ils avaient été traités dans les 14 derniers jours pour une IU, s'ils étaient fébriles, ou si les prélèvements microbiologiques étaient positifs pour un germe résistant à l'antibiothérapie choisie. Après 7 jours de traitement, les

patients étaient randomisés avec un ratio d'allocation 1:1 entre le bras 7 jours (poursuite d'un placebo durant encore 7 jours) et le bras 14 jours (poursuite de la même antibiothérapie durant encore 7 jours). L'issue primaire était la résolution des symptômes à 14 jours de la fin de l'antibiothérapie, avec une marge de non-infériorité de 10%.

Résultats: Une antibiothérapie de 7 jours était non inférieure à un traitement de 14 jours sur la résolution des symptômes à 14 jours: 93,1 vs 90,2% pour les 7 et 14 jours, respectivement (différence: 2,9%, (IC à 97,5% unilatéral (1-sided): de -5,2% à 00)).

Discussion: Cette étude montre la non-infériorité d'une courte antibiothérapie orale chez les hommes traités en ambulatoire ou



avec une courte hospitalisation pour une IU afebrile. Toutefois, plusieurs limitations sont à relever:

- Échantillon de faible taille, avec arrêt précoce de l'étude par manque de financement. Le nombre total de patients analysés (254) était inférieur à la taille de l'échantillon prédéfini (290 patients). Ceci a pu engendrer un manque de puissance pour détecter une différence entre les deux groupes.
- La définition de l'IU était clinique. Les prélèvements microbiologiques étaient stériles chez près d'un tiers des patients, témoignant d'un surdiagnostic d'IU. Ceci a pu introduire un biais.
- La marge de non-infériorité est généreuse (10%), et est basée

uniquement sur des avis d'experts, sans évidence.

- Les patients étaient afebriles et traités en ambulatoire ou durant une courte hospitalisation, rendant peu généralisables les résultats de cette étude à notre patientèle hospitalière.

Dr Lionel Carrel**Avec la collaboration du groupe**

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Drekonja DM, et al. *Effect of 7 vs 14 Days of Antibiotic Therapy on Resolution of Symptoms Among Afebrile Men With Urinary Tract Infection. A Randomized Clinical Trial*. JAMA 2021;326:324-31. DOI: 10.1001/jama.2021.9899.