



## Bactériurie asymptomatique chez les aînés : ne pas déranger?

### QUESTION CLINIQUE

**Chez les aînés, la bactériurie asymptomatique (BA) altère-t-elle la santé mentale? Son traitement améliorera-t-il les résultats cliniques?**

### CONCLUSION

Étant donné les importantes limites des données probantes, il n'est pas confirmé que la BA ou même l'infection urinaire soit clairement associée à une altération de l'état mental. Le traitement de la BA n'améliore pas les résultats cliniques (y compris l'altération de l'état mental), mais risque d'augmenter le nombre d'événements indésirables de 1 à 7 %. Chez les patients âgés atteints de BA et d'une altération de l'état mental, il faut éviter les antibiotiques en l'absence de signes ou de symptômes évidents d'infection.

### DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- La bactériurie est-elle associée à une altération de l'état mental?
  - 3 revues systématiques (de 5 à 29 études observationnelles; de 2 630 à 16 618 patients)<sup>1-3</sup>.
    - Infection urinaire et altération de l'état mental :

- Deux concluent que l'association n'est pas évidente<sup>1,2</sup>.
- Une revue<sup>3</sup> signale un rapport de cotes de 2,67 (2,12-3,36) pour l'association.
- Sujet à caution, étant donné que la définition des cas d'infection urinaire inclut souvent l'altération de l'état mental ou le délire (sans symptômes d'infection)<sup>1-3</sup>. Par exemple, dans une étude, il n'y avait aucun symptôme d'infection urinaire dans ≥ 57 % des cas diagnostiqués<sup>3</sup>.
- BA et altération de l'état mental :
  - Aucune association dans une étude observationnelle<sup>3</sup>.

#### Le traitement de la BA améliore-t-il ou prévient-il les résultats cliniques?

- 5 revues systématiques (de 3 à 9 essais contrôlés randomisés [ECR]; de 328 à 1 087 patients)<sup>4-8</sup> comparant un traitement antibiotique à un placebo ou à l'absence de traitement. Revue la plus récente (9 ECR; 1 087 patients) suivi de 3 à 108 mois<sup>4</sup> :
  - Infection urinaire symptomatique, mortalité : aucune différence.
  - Effets indésirables (p. ex. diarrhée, éruption, candidose) : 6,5 % contre 0,7 % (sans antibiotiques).
  - D'autres revues ont constaté des résultats semblables<sup>5-8</sup>.

#### Le traitement de la BA améliore-t-elle l'altération de l'état mental?

- ECR portant sur 58 patients en soins de longue durée atteints de BA : norfloxacine contre placebo (7 jours), avec suivi pendant 3 mois (non inclus ci-dessus)<sup>9</sup>.
  - État mental/fonction mentale : aucune différence.
- Réalisées auprès de 150-343 aînés dont le délire avait été récemment diagnostiqué, deux études observationnelles n'ont constaté aucune différence au chapitre du rétablissement fonctionnel<sup>10</sup> ou du délire<sup>11</sup>, que les patients aient reçu des antibiotiques ou non.

#### Les interventions de réduction des antibiotiques en cas de BA ont-elles une incidence sur les résultats des patients?

- Trois ECR (2 ECR par grappe<sup>12,13</sup> réalisés dans 22 centres de soins de longue durée pendant un an dans chaque cas, et un ECR portant sur 214 patients nouvellement admis, avec communication des résultats constatés le 7<sup>e</sup> jour<sup>14</sup>).
  - La réduction de la prescription d'antibiotiques n'augmente pas le nombre d'hospitalisations, de décès ni d'événements indésirables<sup>12-14</sup>.

## **CONTEXTE**

- La prescription d'une culture d'urine est associée à la prise d'antibiotiques<sup>15</sup>.
- La BA est courante chez les aînés : 5-20 % des personnes âgées de plus de 80 ans dans la communauté (femmes > hommes), et 25-50 % des femmes/15-40 % des hommes dans les établissements<sup>16,17</sup>.
- Les lignes directrices relatives à la BA<sup>16</sup> recommandent ce qui suit :
  - Il faut éviter de traiter la BA chez les aînés en l'absence de signes ou de symptômes d'infection évidents.
  - Il faut procéder à une évaluation à l'affût d'autres causes, observer attentivement et prêter attention aux facteurs contributifs, comme la déshydratation.

## **RÉFÉRENCES**

## **AUTEURS**

Jennifer Young, M.D.,  
CCMF-MU, Darren Pasay,

1. Mayne S, Bowden A, Sundvall PD, et al. BMC Geriatrics. 2019; 19:32.
2. Balogun SA, Philbrick JT. Canadian Geriatrics Journal. 2014; 17(1):22-26.
3. Krinitski D, Kasina R, Kloppel S, et al. J Am Geriatr Soc. 2021; 69:3312-3323.
4. Krzyzaniak N, Forbes C, Clark J, et al. Br J Gen Pract. 2022; 72(722):e649-e658.
5. Henderson JT, Webber EM, Bean SI. JAMA. 2019; 322(12):1195-1205.
6. Trestioreanu AZ, Lador A, Sauerbrun-Cutler MT, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 4(4): CD009534.
7. Köves B, Cai T, Veeratterapillay R, et al. Eur Urol. 2017 Dec;72(6):865-868.
8. Dull RB, Friedman SK, Risoldi ZM, et al. Pharmacotherapy 2014; 34(9):941-960.
9. Potts L, Cross S, MacLennan WJ, et al. Arch Gerontol Geriatr. 1996; 23(2):153-161.
10. Dasgupta M, Brymer C, Elsayed S. Arch Gerontol Geriatr. 2017 Sep; 72:127-134.
11. Joo P, Grant L, Ramsay T, et al. BMC Geriatr. 2022 Nov 29;22(1):916.
12. Nace DA, Hanlon JT, Crnich CJ, et al. JAMA Intern Med. 2020 Jul 1;180(7):944-951.
13. Arnold SH, Nygaard Jensen J, Bjerrum L, et al. Lancet Infect Dis. 2021; 21(11):1549-1556.
14. Daley P, Garcia D, Inayatullah R, et al. Infect Control Hosp Epidemiol. 2018; 39(7):814-819.
15. Brown KA, Daneman N, Schwartz KL, et al. Clin Infect Dis. 2020; 70(8):1620-1627.
16. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clin Infect Dis. 2019 May 2; 68(10):e83-e110.
17. Ariathianto Y. Australian Family Physician. 2011; 40(10): 805-809.

B. Sc. Pharm., **G Michael Allan**, M.D., CCMF

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

---

**OUTILS DE LA PRATIQUE  
RENDU POSSIBLE PAR**



---

**EN PARTENARIAT AVEC**



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles sont archivés à [www.toolsforpractice.ca](http://www.toolsforpractice.ca).

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*