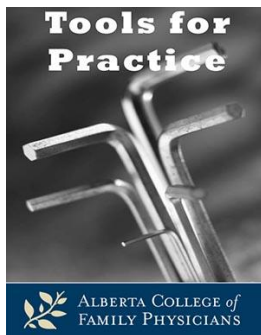


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 5 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

21 janvier 2019



Si du pus se forme, faut-il ou non utiliser des antibiotiques? Ajout d'antibiotiques pour la prise en charge des abcès

Question clinique : L'ajout d'antibiotiques à l'incision et au drainage augmente-t-il les taux de guérison des abcès cutanés uniques non compliqués?

Conclusion : L'ajout d'antibiotiques couvrant le SARM à l'incision et au drainage d'un petit abcès fait passer le taux de guérison de 85 % à 92 %, ce qui veut dire qu'au bout d'un mois, un patient de plus sur 15 sera guéri, comparativement au placebo. Environ 25 % des patients subiront des effets indésirables; des effets gastro-intestinaux indésirables surviennent chez un patient traité par clindamycine de plus sur 11 et chez un patient traité par triméthoprime-sulfaméthoxazole de plus sur 50, comparativement au placebo.

Données probantes

- Deux revues systématiques récentes, englobant quatre et quatorze essais cliniques randomisés (ECR) et 2 406 et 4 198 patients, respectivement^{1, 2}. Résultats statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
 - Les deux reposaient fortement sur deux nouveaux ECR de haute qualité (2 051 patients) sur la clindamycine ou la triméthoprime-sulfaméthoxazole chez les adultes et les enfants présentant un abcès unique inférieur à 5 cm ayant fait l'objet d'une incision et d'un drainage^{3, 4}. La prévalence du SARM se situe à environ 45 %.
 - Exemple d'échec du traitement à un mois² : 8 % par rapport à 15 % pour le placebo, nombre de sujets à traiter (NST)=15.
 - Si on se limite aux essais sur les antibiotiques sans couverture du SARM, les résultats ne sont plus statistiquement significatifs².
 - Exemple de récurrence ou de nouvelle lésion dans un délai d'un mois² : 8 % par rapport à 15 % (placebo), NST=15.
 - Après un à trois mois² : 18 % par rapport à 25 %, NST=14.
 - L'analyse par sous-groupe a fait ressortir les effets bénéfiques des antibiotiques couvrant le SARM, mais pas de ceux ne le couvrant pas (p. ex. : céphalexine)².
 - Ensemble des effets indésirables¹ : 25 % par rapport à 22 % (placebo), nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=38.

- Effets gastro-intestinaux indésirables² :
 - Clindamycine : environ 10 % de plus que le placebo, NNN=11.
 - Triméthoprime-sulfaméthoxazole : 2 % de plus que le placebo, NNN=47.
- Limites : L'une des revues systématiques comprenait uniquement les études sur les antibiotiques agissant contre le SARM¹; deux études seulement comptaient des patients atteints du diabète (2,4 % et 11 % des populations à l'étude, respectivement)².

Contexte

- Les revues systématiques^{5, 6} et les lignes directrices⁷ moins récentes n'ont constaté aucune amélioration lorsque des antibiotiques sont ajoutés à l'incision et au drainage, mais elles ne tenaient pas compte des ECR plus récents mentionnés plus haut.
- Les antibiotiques sont recommandés dans le cas d'une maladie systémique, d'une lésion tissulaire grave ou d'un risque de mauvaise cicatrisation ou de complications (p.ex. : patients immunocompromis ou avec prothèse)⁸.
- Les abcès périrectaux, périnéaux et périunguéraux, ou les sites nécessitant une prise en charge spécialisée, ont été exclus des ECR mentionnés plus haut^{3, 4}.
- Les facteurs de risque pour le SARM acquis dans la collectivité comprennent l'usage récent d'antibiotiques, les sports de contact, l'habitat collectif, un statut socio-économique plus faible et l'usage de drogues intraveineuses⁹.

Auteurs

Rhonda Ting, B. Sc. (pharm.), Peter (Ran) Yang, B. Sc. (pharm.), ACPR, et
Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharm.), ACPR, PharmD

Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Gottlieb M, DeMott JM, Hallock M, *et al.*, *Ann Emerg Med*, 2018 Mar 9, pii : S0196-0644(18)30142-2. [Publication électronique avant impression.]
2. Wang W, Chen W, Liu Y, *et al.*, *BMJ Open*, 2018, 8(2) : e020991.
3. Daum R, Miller L, Immergluck L, *et al.*, *N Engl J Med*, 2017, 376(26) : 2545-2555.
4. Talan DA, Mower WR, Krishnadasan A, *et al.*, *N Engl J Med*, 2016, 374(9) : 823-832.
5. Fahimi J, Singh A, Frazee B, *CJEM*, 2015, 17(4) : 420-432.
6. Singer AJ, Thode HC Jr, *Emerg Med J*, 2014, 31(7) : 576-578.
7. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, *et al.*, *Clin Infect Dis*, 2014, 59(2) : e10-52.
8. Vermandere M, Aertgeerts B, Agoritsas T, *et al.*, *BMJ*, 2018, 360 : k243.
9. Loewen K, Schreiber Y, Kirlew M, *et al.*, *Can Fam Physician*, 2017, 63 : 512-520.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.