



Een antibioticum na incisie en drainage van een niet-gecompliceerd huidabces ?

Referentie

Daum R, Miller L, Immergluck L et al; DMID 07-0051 Team. A placebo-controlled trial of antibiotics for smaller skin abscesses. *N Engl J Med* 2017;376:2545-55. DOI: 10.1056/NEJMoa1607033

Duiding

Louise Joly, médecin généraliste, département de médecine générale, ULiège

Incisie en drainage blijft de eerstekeuzebehandeling van een niet-gecompliceerd huidabces (1). Nochtans blijft de vraag bestaan: moet na deze handeling een orale antibioticumtherapie volgen en zo ja, welke ? Drie RCT's over dit onderwerp werden reeds besproken in Minerva (2-7) zonder bewijs van het belang van de systematische toevoeging van een antibioticumtherapie. Wanneer toch een antibioticum wordt voorgeschreven, hebben clindamycine en trimethoprim/sulfamethoxazol (TMP/SMX) een vergelijkbare effectiviteit (4,5).

Een nieuwe prospectieve, dubbelblinde multicenter RCT onderzocht de effectiviteit van deze twee antibiotica versus placebo (8). De inclusiecriteria waren: volwassenen of kinderen >6 maanden; een abces <5 cm diameter bij volwassenen en kinderen >8 jaar, <4 cm bij kinderen tussen 1 en 8 jaar en <3 cm bij kinderen tussen 6 en 11 maanden. De exclusiecriteria waren: geassocieerde huidinfectie (impetigo), systemische tekens (koorts >38,5°C bij volwassenen en >38°C bij kinderen van 6 tot 11 maanden, systemisch inflammatoir responsyndroom, handabces, genitaal abces, abces ter hoogte van een chirurgisch litteken of in de buurt van een prothese, abces veroorzaakt door een mensen- of dierenbeet, aanwezigheid van risicofactoren of een actieve antibioticumtherapie tegen *Staphylococcus aureus* in de voorbije 14 dagen. Men rekruteerde 786 Amerikaanse patiënten (505 volwassenen en 281 kinderen), met een klein huidabces, ingesneden en gedraineerd, op de spoeddienst van 6 ziekenhuizen. Er waren 448 mannen (57%) en de gemiddelde leeftijd bedroeg 25,5 jaar. *Staphylococcus aureus* werd teruggevonden bij 527 deelnemers (67%) waarvan 388 van het MRSA-type. De gemiddelde abcesoppervlakte was 3,89 cm² en de gemiddelde diepte 1,64 cm. 44,6% van de patiënten vertoonde een abces van ≤ 2 cm.

Twee interventiegroepen kregen een orale antibioticumtherapie gedurende 10 dagen. 263 patiënten kregen TMP/SMX aan een dosis van 160/800 mg 2x/dag met een placebo over de middag. 266 patiënten kregen clindamycine aan een dosis van 300 mg 3x/dag. De controlegroep (n=257) kreeg een placebo 3x/dag gedurende 10 dagen. Het percentage genezen patiënten 7 tot 10 dagen na een behandeling met TMP/SMX (81,7%) of clindamycine (83,1%) was vergelijkbaar (-1,3% met 95% BI van -8,4 tot 5,7; p=0,73) en statistisch significant superieur aan placebo (-12,9% in het voordeel van TMP/SMX met 95% BI van -20,8 tot -5,0; en -14,2% in het voordeel van clindamycine met 95% BI van -22 tot -6,4; p<0,001 voor beide vergelijkingen). 73% van de patiënten behandeld met TMP/SMX en 78,6% met clindamycine, waren nog steeds genezen na 1 maand (verschil voor het percentage tussen de 2 behandelgroepen met antibioticumtherapie van -5,6% met 95% BI van -13,2 tot 2,1; p=0,16), versus 62,6% in de controlegroep (verschil in percentage in het voordeel van clindamycine: -15,9% met 95% BI van -24,0 tot -7,8; p<0,001 en verschil in percentage in het voordeel van TMP/SMX: -10,4% met 95% BI van -18,7 tot -2,0; p=0,01). Deze resultaten werden zowel per protocol als volgens intention to treat geanalyseerd. Het risico op recidief na 1 maand bij de oorspronkelijk genezen patiënten was vergelijkbaar tussen de groepen.

De voordelen van antibioticatherapie stelde men enkel vast voor abscessen met *Staphylococcus aureus*.

Het percentage ongewenste effecten was groter met clindamycine (21,9%) versus TMP/SMX (11,1%) en placebo (12,5%). De ongewenste effecten waren mineur (vooral diarree) met uitzondering van een overgevoeligheidsreactie. De auteurs besluiten dat de toevoeging van TMP/SMX of clindamycine na incisie en drainage van een niet-gecompliceerd klein abces met *Staphylococcus aureus* een statistisch significante gunstige invloed heeft op het percentage genezing op korte termijn bij kinderen en volwassenen.

Deze studie kampt met enkele methodologische tekortkomingen: een van de deelnemende centra werd geïncludeerd 3 jaar na de start van de studie en een secundaire uitkomstmaat werd a posteriori vastgelegd. Merken we ook op dat clindamycine vreemd genoeg naar voor geschoven werd in het artikel. Het feit dat 3 van de auteurs gesponsord werden door de firma Pfizer die dat product commercialiseert, zou dat kunnen verklaren.

Besluit

Deze RCT toont een meerwaarde aan op korte termijn van het voorschrijven van clindamycine of TMP/SMX op vlak van het percentage genezen patiënten met een niet-gecompliceerd huidabces met *Staphylococcus aureus*, zowel bij volwassenen als bij kinderen. Met dit besluit moeten we echter voorzichtig zijn wegens de methodologische tekortkomingen van de studie en de mogelijke belangenvermenging.

Voor de praktijk

Voor de behandeling van een niet-gecompliceerd huidabces bevelen BAPCOC en de Amerikaanse vereniging van infectieuze ziekten aan om in te snijden en te draineren (1,9). Een systematische antibioticumtherapie wordt niet aanbevolen behalve bij immuungedeprimeerde patiënten of in geval van systemische tekens (10). De resultaten van de hier besproken studie tonen aan dat er op korte termijn een statistisch significant voordeel bestaat voor het voorschrijven van een antibioticumtherapie op basis van clindamycine of trimethoprim/sulfamethoxazol na incisie en drainage van een huidabces bij volwassenen of bij kinderen. De clinicus moet echter de risico-batenbalans in overweging blijven nemen en zich afvragen wat de klinisch relevantie is van het voorschrijven van antibiotica per os, rekening houdend met mogelijke complicaties.

Referenties

1. MRSA in de ambulante praktijk. In: BAPCOC. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. Editie 2012;81-3.
2. Semaille P. Huidabces bij kinderen: antibiotica toedienen na incisie en drainage? *Minerva* 2010;9(5):56-7.
3. Duong M, Markwell S, Peter J, Barenkamp S. Randomized, controlled trial of antibiotics in the management of community-acquired skin abscesses in the pediatric patient. *Ann Emerg Med* 2010;55:401-7. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2009.03.014
4. Chevalier P, Costers M. Huidabces en co-trimoxazol en MRSA buiten de zorginstellingen. *Minerva bondig* 28/05/2011.
5. Schmitz GR, Bruner D, Pitotti R, et al. Randomized controlled trial of trimethoprim-sulfamethoxazole for uncomplicated skin abscesses in patients at risk for community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *Ann Emerg Med* 2010;56:283-7. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2010.03.002
6. Chevalier P. Clindamycine en co-trimoxazol: even effectief voor ongecompliceerde huidinfecties? *Minerva* 2015;14(9):113-4.
7. Miller LG, Daum RS, Creech CB, et al; for the DMID 07-0051 Team. Clindamycin versus trimethoprim-sulfamethoxazole for uncomplicated skin infections. *N Engl J Med* 2015;372:1093-103. DOI: 10.1056/NEJMoa1403789
8. Daum R, Miller L, Immergluck L et al; DMID 07-0051 Team. A placebo-controlled trial of antibiotics for smaller skin abscesses. *N Engl J Med* 2017;376:2545-55. DOI: 10.1056/NEJMoa1607033
9. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis* 2014;59:e10–e52. DOI: 10.1093/cid/ciu296
10. Vermandere M, Aertgeerts B, Agoritsas T, et al. Antibiotics after incision and drainage for uncomplicated skin abscesses: a clinical practice guideline. *BMJ* 2018;360:k243. DOI: 10.1136/bmj.k243