



Un antibiotique après incision et drainage d'un abcès cutané non compliqué ?

Référence

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

Analyse de

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

En cas d'abcès cutané non compliqué, l'incision et le drainage restent le premier traitement (1). Une question demeure cependant ouverte : faut-il ajouter une antibiothérapie orale après ce geste, et si oui, laquelle ? Trois RCTs sur le sujet ont déjà été rapportées dans Minerva (2-7), sans faire la preuve de l'intérêt de l'ajout systématique d'une antibiothérapie. Lorsqu'un antibiotique est tout de même prescrit, la clindamycine et le triméthoprime/sulfaméthoxazole (TMP/SMX) ont une efficacité comparable (4,5).

Une nouvelle RCT prospective, multicentrique, en double aveugle, évalue l'efficacité de ces deux antibiotiques versus placebo (8). Les critères d'inclusion étaient : adulte ou enfant > 6 mois ; abcès unique de < 5 cm de diamètre chez l'adulte et l'enfant de > 8 ans, de < 4 cm chez les enfants de 1 à 8 ans et de < 3 cm chez les enfants de 6 à 11 mois. Les critères d'exclusion étaient : infections cutanées associées (impétigo), signes systémiques (fièvre > 38,5°C chez l'adulte ou > 38°C chez l'enfant de 6 à 11 mois, syndrome inflammatoire systémique SIRS), abcès de la main, des parties génitales, de cicatrices chirurgicales ou de zones prothétiques, abcès causés par une morsure humaine ou animale, présence d'un terrain à risque ou d'une antibiothérapie active contre le *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) dans les 14 jours précédents. 786 patients américains (505 adultes et 281 enfants), porteurs de petits abcès cutanés uniques incisés et drainés, ont été recrutés dans les services d'urgences de 6 centres hospitaliers. 448 étaient de sexe masculin (57%). L'âge moyen était de 25,5 ans. Un *Staphylococcus aureus* a été retrouvé chez 527 sujets (67%), dont 388 de type MRSA. La surface moyenne des abcès était de 3,89 cm² et la profondeur moyenne de 1,64 cm. 44,6% des patients présentaient un abcès de ≤ 2 cm.

Deux groupes intervention ont bénéficié d'une antibiothérapie orale pendant 10 jours. 263 sujets ont reçu du TMP/SMX à la dose de 160/800 mg 2x/j avec un comprimé placebo à midi. 266 sujets ont reçu de la clindamycine à la dose de 300 mg 3x/jour. Le groupe contrôle (n=257) a reçu un placebo à raison de 3x/jour pendant 10 jours.

La proportion de patients guéris 7 à 10 jours après traitement par TMP/SMX (81,7%) ou clindamycine (83,1%) est comparable (-1,3% avec IC à 95% de -8,4 à 5,7 ; p = 0,73) et significativement supérieure au placebo (-12,9% en faveur du TMP/SMX avec IC à 95% de -20,8 à -5,0 ; et -14,2% en faveur de la clindamycine avec IC à 95% de -22 à -6,4 ; p < 0,001 pour les deux comparaisons). 73% des patients traités par TMP/SMX et 78,6% de ceux traités par clindamycine sont toujours guéris après 1 mois (différence de pourcentage entre les 2 groupes traités par antibiothérapie de -5,6% avec IC à 95% de -13,2 à 2,1 ; p = 0,16), versus 62,6% dans le groupe contrôle (différence de pourcentage en faveur de la clindamycine : -15,9% avec IC à 95% de -24,0 à -7,8 ; p < 0,001). Différence de pourcentage en faveur du TMP/SMX : -10,4% avec IC à 95% de -18,7 à -2,0 ; p = 0,01). Ces observations sont autant vérifiées dans l'analyse par protocole qu'en intention de traiter. Le risque de récidive à 1 mois chez les patients initialement guéris est par contre similaire quel que soit le groupe.

Les bénéfices de l'antibiothérapie ne sont observés que pour les abcès à *S. aureus*.

La proportion d'effets indésirables est plus grande avec la clindamycine (21,9%) versus TMP/SMX (11,1%) et placebo (12,5%). Les effets indésirables observés sont mineurs (diarrhées surtout) à l'exception d'une réaction d'hypersensibilité.

Les auteurs concluent que l'ajout de TMP/SMX ou de clindamycine après drainage et incision d'un abcès non compliqué de petite taille à *S. aureus* a un impact favorable significatif sur le taux de guérison à court terme chez les enfants et les adultes.

Cette étude pêche par certaines limites méthodologiques : relevons entre autres que l'un des centres participants a été inclus 3 ans après le début de l'étude et qu'un critère de jugement secondaire a été déterminé a posteriori. Notons aussi que la clindamycine est étrangement mise en avant dans l'article. Ceci pourrait s'expliquer par le financement de 3 auteurs par la firme Pfizer qui la commercialise.

Conclusion

Cette RCT montre une plus-value à court terme de la prescription de clindamycine ou de TMP/SMX sur le pourcentage de guérison de patients présentant un abcès cutané non compliqué à *Staphylococcus aureus*, tant chez les adultes que chez les enfants. Ceci doit être pris avec circonspection en raison des limites méthodologiques de l'étude et des conflits d'intérêts mentionnés.

Pour la pratique

En cas d'abcès cutané non compliqué, la BAPCOC et la société américaine des maladies infectieuses recommandent l'incision et le drainage (1,9). L'antibiothérapie systématique n'est pas recommandée sauf chez les patients immunodéprimés ou en cas de signes systémiques (10). Les résultats de l'étude analysée ici montrent un bénéfice significatif à court terme de la prescription d'une antibiothérapie à base de clindamycine ou de triméthoprime/sulfaméthoxazole suite à l'incision et au drainage d'un abcès cutané chez des adultes ou des enfants. Le clinicien doit cependant continuer à mettre en perspective la balance bénéfice-risques et interroger la pertinence de l'administration d'antibiotiques per os en dehors de toute complication.

Références

1. MRSA en pratique ambulatoire. Dans : BAPCOC. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. Edition 2012;81-3.
2. Semaille P. Abcès cutané : antibiothérapie après incision et drainage chez l'enfant ? MinervaF 2010;9(6):72-3.
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. Abcès cutané et co-trimoxazole et MRSA hors hôpital. Minerva bref 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 et co-trimoxazole : même intérêt pour les infections cutanées non compliquées. MinervaF 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, Immerglück 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