



HAL
open science

Qualité de la prise en charge des abcès superficiels par les médecins généralistes en région Bretagne, intérêt d'une formation

Nicolas Bartolomeo

► To cite this version:

Nicolas Bartolomeo. Qualité de la prise en charge des abcès superficiels par les médecins généralistes en région Bretagne, intérêt d'une formation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02140825

HAL Id: dumas-02140825

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02140825>

Submitted on 27 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Nicolas BARTOLOMEO

Né le 01 Juin 1988 à Annecy

**Qualité de la prise
en charge des
abcès superficiels
par les médecins
généralistes en
région Bretagne,
intérêt d'une
formation.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 24 mai 2018**

devant le jury composé de

Vincent CATTOIR

Professeur de bactériologie-virologie ;
Hygiène hospitalière à l'Université de
Rennes1

Emmanuel ALLORY

Maître de conférence, département de
médecine générale, Université de
Rennes 1

Nicolas BERTHEUIL

Maître de conférence, chirurgie
plastique, reconstructrice et esthétique ;
brûlologie, Université de Rennes 1

Michel TUAL

Médecin généraliste à Saint Cast-le-
Guildo

Hervé VAAST

Médecin généraliste à PLUDUNO

PROFESSEURS DES UNIVERSITES- PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques (Professeur associé)	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultanat	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand (Professeur associé)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel(MC associé - MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie ; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (Maitre de conférence associé - MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence(Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Vincent CATTOIR

Professeur de bactériologie-virologie et hygiène hospitalière à l'Université de Rennes1

Vous me faites l'immense honneur de présider le jury de cette thèse ; soyez assuré de ma plus sincère gratitude concernant l'intérêt que vous avez porté à mon travail et du temps que vous m'avez consacré.

Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY

Maître de conférences, département de médecine général, Université de Rennes 1

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'honneur que vous me faites de participer au jugement de mon travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Nicolas BERTHEUIL

Maître de conférences, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie, Université de Rennes 1

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et m'avez fait l'honneur de tout votre intérêt pour mon travail. Je vous remercie de votre investissement et vous prie de trouver en ces lignes l'expression de ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Hervé VAAST

Médecin généraliste à Pluduno

Je te remercie de m'avoir suggéré ce sujet de thèse et de ton investissement tout au long de ce travail. L'aide que tu m'as apporté va au-delà du simple rôle de directeur de thèse et tu as su m'apprendre la Médecine autant que l'empathie. Ces quelques mots sont superflus au regard de ce que tu m'as offert, mais soit assuré de toute mon amitié et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Michel TUAL

Médecin généraliste à Saint Cast-le-Guildo

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Ton soutien tout au long de ce travail aura été un réconfort pour moi. Je retiendrai ta gentillesse et les petits à-côtés que tu m'as enseigné. Soit assuré de toute mon amitié.

Aux médecins ayant pris le temps de répondre à mon questionnaires, et surtout à ceux qui m'ont contacté pour me témoigner leur amitié, me soumettre leurs idées, leurs critiques et leurs encouragements, je vous remercie d'avoir pris le temps de m'aider et d'avoir prouvé que la confraternité n'appartient pas au passé.

Remerciements personnels

A ma famille, l'actuelle et celle qui le sera bientôt officiellement, ceux qui sont présents et ceux qui l'ont été, j'ai ici l'occasion de vous exprimer quelques mots. J'essaye de le montrer régulièrement mais parfois, il faut quelques lignes pour affirmer les choses.

Vous m'avez aimé et soutenu toutes ces années, dans les moments les plus heureux comme dans les plus difficiles. Merci pour vos paroles et vos gestes, les bons petits plats et les merveilleux moments. J'espère vous rendre fiers aujourd'hui et continuer à le faire au travers de la médecine que je pratiquerai demain. Vous avez tout mon amour et toute mon estime, soyez en convaincus aujourd'hui.

En particulier, merci à mes grands-parents pour votre amour et vos valeurs, à toi Pépé qui est avec nous, à Mémé, Mamie et Papy que j'aurai aimé embrasser aujourd'hui ;

A toi Maman pour ton amour et ton éducation, ton soutien inconditionnel et d'avoir fait de moi celui que je suis ;

A toi Papa, pour ces mêmes raisons bien sûr et pour ta philosophie que je comprends aujourd'hui ;

Papa, Maman, vous êtes des modèles pour moi.

A toi ma sœur, ma frangine adorée qui n'aura jamais réussi à faire cuire un sachet de riz, mais c'est bien là ton seul défaut!.Celui-ci et sans doute celui de m'encourager dans mon humour. Merci de ces belles années et de celles qui viendront !

A Cousin, mon « faux frère », un exemple pour moi de droiture, de réussite. On a grandi ensemble, seule la distance nous sépare aujourd'hui.

A Max, mon filleul adoré, je suis fier de toi.

A mes beaux-frères, vous avez chacun votre style, mais vous vous rejoignez sur un point : vous êtes des mecs formidables !

A ma belle-mère : merci de ton accueil et de ton soutien, de tes services comme cobaye à mes lames de bistouri et surtout d'avoir accepté de me confier ta merveilleuse fille.

A Amélie, mon amour, je t'ai réservé la dernière ligne mais tu as la première place dans mon cœur, merci de ton soutien, de ton amour et de ce que tu es, de ce que nous sommes grâce à toi. Je te dis souvent mon amour, plus rarement que tu es merveilleuse. Jamais je n'aurai pu rêver une femme comme toi et je réalise chaque jour la chance et le bonheur que j'ai que tu m'ais choisi.

A vous mes amis, avec qui j'ai partagé les épreuves et qui continuez à m'apporter votre soutien quand je m'obstine à me terrer chez moi avec mes chats tel un ermite, merci de votre amitié. L'obstination paye, il faut continuer à espérer !

En particulier, merci à Marion pour ses talents de photographe et l'intuition de ses prises de vue et à Eléonore d'avoir été à l'écoute pour absorber mes angoisses !

A Dondon et GloutGlout, qui m'ont accompagné dans ma retraite et m'ont distrait quand les journées s'allongeaient.

A tous ceux que j'aime et que je ne cite pas, les remerciements devant être concis, en dépit de ce que laisse croire mes épanchements émus.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	17
II. MATERIEL ET METHODE	18
A. Méthode de sélection.....	18
B. Méthode d'observation.....	19
C. Méthode d'évaluation.....	20
D. Analyses statistiques	20
E. Base de données et mots clés.....	20
III. RESULTATS.....	21
A. Caractéristiques de la population	21
B. Prescription d'antibiotiques.....	24
C. Incisions	28
D. Orientation vers les urgences ou les médecins spécialistes.....	36
E. Mèche et prélèvement	38
F. Les différents freins à la prise en charge des abcès en cabinet	41
G. Le cas des médecins n'incisant jamais	48
III DISCUSSION.....	50
A. Apports de l'étude	50
1. Prescription d'antibiotiques	50
2. Incision.....	52
3. Freins à la prise en charge des abcès.....	53
4. Mèche et prélèvement.....	54
B. Limites de l'étude	55
IV CONCLUSION.....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
Liste des abréviations.....	62
ANNEXES.....	63
A Maquette de fiche conseil concernant la prise en charge des abcès superficiels à destination des médecins généralistes.....	63
B Questionnaire en ligne version imprimable.....	66

Liste des tableaux

- 1- Caractéristiques générales de la population étudiée
- 2- Caractéristiques de l'utilisation des antibiotiques par la population médicale d'étude
- 3- Caractéristiques des incisions par la population médicale d'étude
- 4- Caractéristiques des réorientations de patients vers les spécialistes ou les urgences par la population médicale d'étude
- 5- Caractéristiques des prélèvements et méchages par la population médicale d'étude
- 6- Caractéristiques des freins à la prise en charge des abcès superficiels par la population médicale d'étude
- 7- Caractéristiques de la population médicale d'étude par rapport à la population des médecins répondants n'incisant jamais

Liste des figures

- 1- Caractéristiques de la population médicale ayant répondu à l'enquête en ligne
- 2- Âge en fonction du sexe
- 3- Âge en fonction du type d'exercice
- 4- Prescription d'antibiotiques comme traitement des abcès superficiels selon le type d'exercice
- 5- « Vous ne prescrivez jamais d'antibiotiques dans ce contexte » selon le type d'exercice
- 6- Incision selon l'âge
- 7- Incision selon le sexe
- 8- Incision selon le type d'exercice
- 9- Incision selon le département d'exercice
- 10-Incision systématique selon le type d'exercice
- 11-Incision systématique selon le sexe
- 12-Incision systématique selon l'âge
- 13-Incision systématique selon le département d'exercice
- 14-Jamais d'incision selon l'âge
- 15-Jamais d'incision selon le sexe
- 16-Consultation aux urgences ou à un spécialiste selon l'âge
- 17-Consultation aux urgences ou à un spécialiste selon le sexe
- 18-Méchage selon l'âge
- 19-Méchage selon le sexe
- 20-Répartition des freins à la prise en charge des abcès en cabinet de médecine générale
- 21-Inquiétude quant à la réalisation de gestes de petite chirurgie selon l'âge
- 22-Inquiétude quant à la réalisation de gestes de petite chirurgie selon le sexe
- 23-Manque de connaissances selon l'âge
- 24-Manque de connaissances selon le sexe
- 25-Difficulté à reconnaître quand inciser selon le sexe
- 26-Manque de matériel selon l'âge
- 27-Manque de matériel selon le type d'exercice

Résumé

INTRODUCTION : Les abcès superficiels représentent un motif de consultation régulier en médecine générale, nécessitant un peu de pratique pour une prise en charge optimale. Si leur traitement est relativement protocolisé, qu'en est-il réellement en pratique ? L'objectif de notre étude est de déterminer quelle est la pratique des médecins généralistes en région Bretagne concernant la prise en charge des abcès superficiels.

METHODE : Il s'agit d'une étude quantitative prospective à destination des médecins généralistes bretons. Nous avons inclus 388 médecins généralistes et avons étudié leur prise en charge concernant les abcès superficiels à partir d'un questionnaire en ligne.

RESULTATS : Parmi les 388 médecins ayant répondu, entre le 15 septembre et le 25 novembre 2017, 140 (36,08%) prescrivait un antibiotique, 195 (50,26%) incisaient. Les médecins les plus âgés incisaient plus ($p < 0,05$), en accord avec les recommandations. De même, ils adressaient moins souvent les patients à des spécialistes ($p > 0,05$). En revanche, les prescriptions d'antibiotiques étaient statistiquement les mêmes dans chacun des différents groupes.

CONCLUSION : Cette étude montre un nombre de prescriptions d'antibiotiques trop important et trop peu d'incisions des abcès superficiels, engendrant un retard à une prise en charge efficace des abcès des tissus mous. Il conviendrait de rassurer les médecins généralistes sur la réalisation d'incisions au cabinet et de rappeler les protocoles de prise en charge des abcès superficiels.

Abstract

Context : Superficial abscesses represent a regular reason for a general practitioner consultation, requiring a little practice for an optimal management. If their treatment is well protocolized, what is it in practice ? The objective of our study is to determine what is the practice of general practitioners in Brittany region concerning the management of superficial abscesses.

Method : This is a quantitative prospective study concerning general practitioners in Brittany. We included 388 general practitioners and studied their management about superficial abscesses from an online questionnaire.

Results : Among the 388 general practitioners who responded between the 15th of September and the 25th of november 2017, 140 (36,08%) prescribed an antibiotic, 195 (50,26%) practiced incision. We found the oldest physicians incised more ($p < 0,05$) in agreement with the recommandations. Likewise, they refered patients less often to a specialist. On the other hand, antibiotics prescriptions were statistically the same in each of the different groups.

Conclusion : This study shows too many antibiotics prescriptions and not enough superficial abscesses incision, delaying the effective management of soft tissue abscesses. General practitioners should be reassured about making incisions at medical office, and the protocols of superficial abscesses management should be recalled.

I. INTRODUCTION

Les abcès superficiels sont des « collections purulentes contenues dans des cavités néoformées »(1) des tissus mous, « Staphylococcus aureus est la bactérie le plus souvent responsable des infections des parties molles»(2). En France en 2009, la prévalence des abcès superficiels était de 8,3 par médecin généraliste (3).

Les recommandations consensuelles actuelles préconisent que « les infections cutanées peuvent être traitées en ambulatoire, avec incision et drainage »(4)(5)(6)(7), sans « aucun bénéfice de l'antibiothérapie »(8). Cependant, deux exceptions sont à souligner :

- le cas particulier des abcès post-vaccination anti-tuberculeuse qui « guérissent sans traitement anti-infectieux, ni acte chirurgical dans l'immense majorité des cas » (9) ;
- la maladie de Crohn, car « l'antibiothérapie fait partie du traitement des abcès dans la maladie de Crohn »(10).

Si le traitement ambulatoire des abcès est classiquement décrit, ma pratique d'interne m'a offert à plusieurs occasions de prendre en charge des patients atteints d'abcès superficiels. Dans la grande majorité des cas, ils avaient déjà été vus en consultation par des médecins praticiens qui avaient soit initié une antibiothérapie, soit les avaient adressés d'emblée dans un service d'urgence pour une prise en charge chirurgicale. Or l'antibiothérapie, en plus de majorer le risque de complication en retardant leur prise en charge, puisque « tout comme le SAMS (Staphylococcus aureus sensible à la méticilline), le SARM (Staphylococcus aureus résistant à la méticilline) peut provoquer une ostéomyélite, une arthrite septique, une fasciite nécrosante, une septicémie »(11), le traitement inadapté d'un abcès conduit à majorer la pression antibiotique, en dépit des nécessités écologiques actuelles. En France, « La prévalence des infections à SARM communautaire reste faible (3% des infections cutanées en 2003) »(12), mais la prévalence en milieu hospitalier s'élève à 13,8%(13).

Au-delà des simples observations, la prise en charge par les médecins généralistes des abcès superficiels est-elle adaptée en région Bretagne ?

L'objectif principal de cette étude est de définir quelle est la pratique des médecins généralistes bretons concernant la prise en charge des abcès superficiels.

L'objectif secondaire est d'en extraire des données afin d'établir une fiche d'information et de conseil adaptée aux médecins généralistes sur la prise en charge des abcès superficiels en médecine de ville.

Le critère de jugement principal est la quantification de la prescription d'antibiotiques.

Le critère de jugement secondaire est le nombre d'incisions au cabinet.

II. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude quantitative prospective transversale à destination de tous les médecins généralistes bretons. Les questionnaires ont été mis à disposition via un lien sur le site LimeSurvey et les réponses ont été recueillies entre le 15 septembre et le 25 novembre 2017. Le questionnaire est resté en ligne jusqu'au 18 janvier 2018.

A. METHODE DE SELECTION

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste installé et exerçant en région Bretagne. Les médecins étaient contactés via les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de leurs départements respectifs, selon les modalités établies par les CDOM. En Ille-et-Vilaine, une liste d'adresses courriel m'était confiée ; dans les Côtes d'Armor, le CDOM transférait lui-même le questionnaire par courriel ; dans le Morbihan et le Finistère, le questionnaire était joint à la newsletter mensuelle.

Ainsi, les médecins d'Ille-et-Vilaine ont été contactés par mes propres soins, via la liste d'adresses courriel fournie par le CDOM d'Ille-et-Vilaine. Cette liste ne regroupait que les médecins s'étant portés volontaires pour répondre à des questionnaires de thèse et comportait 824 adresses mails.

Les médecins des Côtes d'Armor ont été joints par mail directement par le CDOM, sans précision sur le nombre de médecins contactés.

Les médecins du Finistère et du Morbihan ont été sollicités via la *newsletter* de leur CDOM respectif, sans précision non plus sur le nombre de médecins contactés.

Une relance a été effectuée par mes soins à un mois pour les médecins d'Ille-et-Vilaine, et demandée au CDOM des trois autres départements à cette même date, selon les modalités choisies par les CDOM initialement, mais sans précision de leur part ni sur la date de relance, ni sur les volumes de médecins concernés.

Etaient exclus de cette étude les médecins non bretons et ceux non-inscrits sur la liste de diffusion ou la *newsletter*.

B. METHODE D'OBSERVATION

Les données étaient recueillies à partir d'un questionnaire mis en ligne sur LimeSurvey, renseigné par les médecins généralistes participants eux même. Le questionnaire était divisé en deux parties : les renseignements généraux concernant le médecin répondant et un cas clinique avec iconographie.

Les caractéristiques générales de la population médicale regroupaient le sexe, trois classes d'âge (<35 ans, entre 35 et 50 ans et >50 ans), le département d'exercice (Côtes d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine, Morbihan) et le type d'exercice (milieu rural, semi-rural, urbain).

Le cas clinique cherchait à définir les modalités de prise en charge par les médecins généralistes, dans leur cabinet, des abcès superficiels. Il présentait la photographie d'un abcès dorsal en phase collectée et la lésion était littéralement identifiée comme un « abcès cutané superficiel très douloureux, fluctuant, cerné de tissu inflammatoire infiltré évoluant depuis quelques jours. La zone fluctuante était de 2 cm sans complication locorégionale et générale ».

Suivait ensuite quatre questions à choix multiple pour définir la prise en charge, l'éventuelle incision et/ou prescription d'antibiotiques, les freins et réticences à la prise en charge en cabinet, les justifications de la prescription, le cas échéant, d'antibiotiques, et le fait d'adresser les patients à un spécialiste ou dans un service d'accueil des urgences.

C. METHODE D'EVALUATION

L'objectif principal de cette étude était de définir quelle était la pratique des médecins généralistes bretons concernant la prise en charge des abcès superficiels. Le critère de jugement principal était *la quantification de la prescription d'antibiotiques*, jugé sur la première question du cas clinique (« vous prescrivez une antibiothérapie »).

Le critère de jugement secondaire était *le nombre d'incisions au cabinet*, jugé sur la première question du cas clinique (« vous les incisez »).

Les résultats étaient ensuite stratifiés en fonction de la classe d'âge, du lieu d'exercice, du type d'exercice et du sexe afin d'observer les différences de pratique entre les différentes populations d'étude.

D. ANALYSES STATISTIQUES

Les variables qualitatives étaient comparées entre les groupes en fonction de leur classe d'âge, leur département d'exercice, leur type d'exercice et leur sexe par des tests du Chi2 ou des tests exacts de FISHER.

Les analyses ont été réalisées sur le logiciel SOFA, version 1.4.6., et à l'aide du site Biostat TGV.

Le seuil de significativité retenu était : $p < 0,05$.

E. BASE DE DONNEES ET MOTS CLES

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en ligne, notamment via l'Espace Numérique de Travail (ENT) de l'université Rennes 1 et le moteur de recherche Google Scholar.

Les principaux mots clés utilisés étaient : « prise en charge des abcès cutanés », « prise en charge des abcès superficiels », « prise en charge ambulatoire des abcès superficiels », « cutaneous abscess treatment ».

III. RESULTATS

A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Entre le 15 septembre et le 25 novembre 2017, 388 médecins généralistes ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi les répondants, il a été dénombré 213 femmes pour 175 hommes. Les répondants étaient : 140 âgés de moins de 35 ans, 134 entre 35 et 50 ans et 114 âgés de plus de 50 ans.

Ils exerçaient majoritairement en Ille-et-Vilaine (n = 279) et dans le Morbihan (n = 93), quelques réponses sont parvenues des Côtes d'Armor (n = 9) et du Finistère (n = 7).

La plupart des médecins exerçaient en milieu semi-rural (n = 177), pour 133 médecins exerçant en ville et 78 en milieu rural.

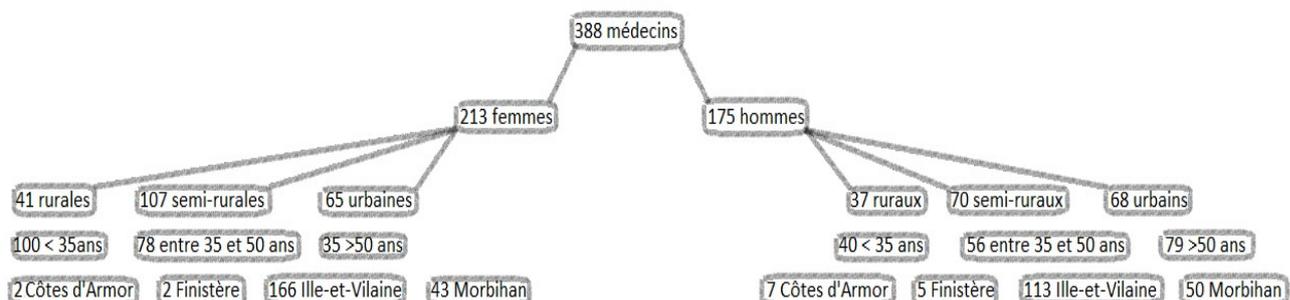


Figure 1- Caractéristique de la population médicale ayant répondu à l'enquête en ligne

Le groupe des femmes était plus jeune (n = 100 pour les moins de 35 ans), soit 46,9% des répondantes, contre 79 hommes âgés de plus de 50 ans (soit 45,6% des répondants) ($p < 0,001$). Les médecins ruraux plutôt âgés de plus de 50 ans (n = 30), les semi-ruraux âgés de moins de 35 ans (n = 77) et les urbains entre 35 et 50 ans (n = 56) ($p = 0,02006$).

Il n'a en revanche pas été noté de différence entre le sexe et le type d'exercice ($p = 0,1149$).

Age des répondants en fonction du sexe

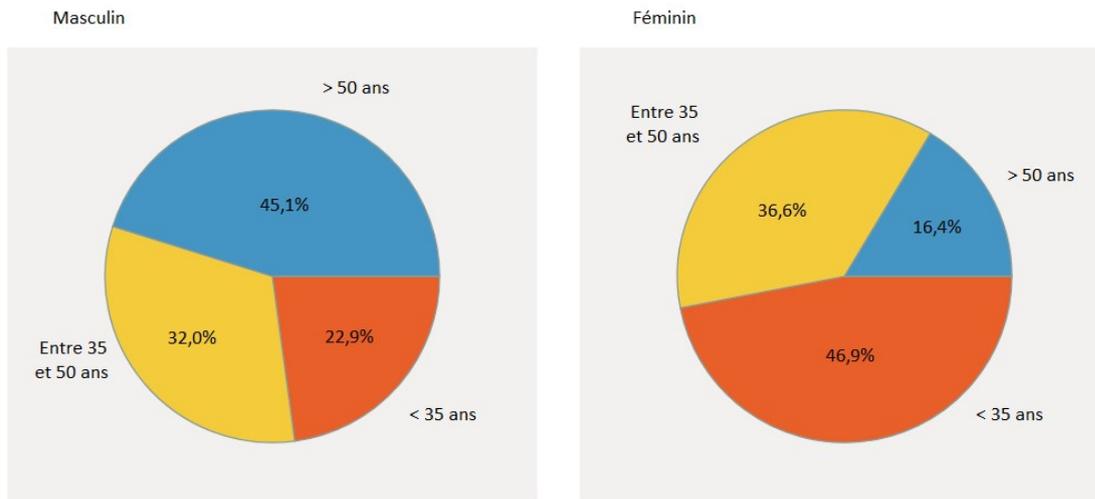


Figure 2 – Âge en fonction du sexe

Age en fonction du type d'exercice

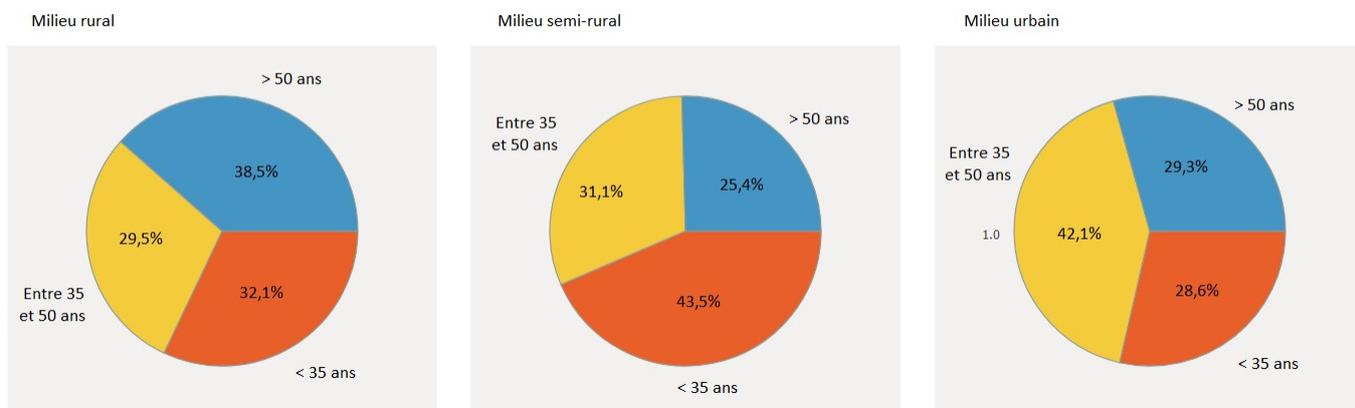


Figure3 – Âge en fonction du type d'exercice

Les caractéristiques de la population sont rapportées dans le tableau 1.

Variable	Féminin	Masculin	p
Sexe	213 (54,90%)	175 (45,10%)	NA
Type d'exercice			<i>p = 0,1149</i>
Rural	41 (10,57%)	37 (9,54%)	
Semi-rural	107 (27,58%)	70 (18,04%)	
Urbain	65 (16,75%)	68 (17,53%)	
Département			<i>p = 0,0098</i>
Côtes d'Armor	2 (0,52%)	7 (1,80%)	
Finistère	2 (0,52%)	5 (1,29%)	
Ille-et-Vilaine	166 (42,78%)	113 (29,12%)	
Morbihan	43 (11,08%)	50 (12,89%)	
Classe d'âge			<i>p < 0,001</i>
< 35 ans	100 (25,77%)	40 (10,31%)	
Entre 35 et 50 ans	78 (20,10%)	56 (14,43%)	
> 50 ans	35 (9,02%)	79 (20,36%)	

Tableau 1 – Caractéristiques générales de la population étudiée

B. PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

140 participants ont répondu « oui » à l'item « vous prescrivez une antibiothérapie », soit 36,08% de la population d'étude. Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative sur cette prescription d'antibiotiques selon l'âge ($p = 0,7489$), le sexe ($p = 0,2135$), le département ($p = 0,7027$) ou le type d'exercice ($p = 0,1298$).

80 médecins utilisaient un antibiotique comme seul traitement de l'abcès (20,62%) et 67 l'utilisaient en plus de l'incision de l'abcès (17,26%). Il était noté une différence statistiquement significative dans la prescription d'antibiotiques comme traitement des abcès superficiels selon le type d'exercice. En effet, les médecins ruraux n'étaient que 10,3% à traiter les abcès superficiels par antibiothérapie, contre 25,4% pour les semi-ruraux et 20,3% pour les urbains ($p = 0,02212$).

Prescription d'antibiotique comme traitement de l'abcès par type d'exercice

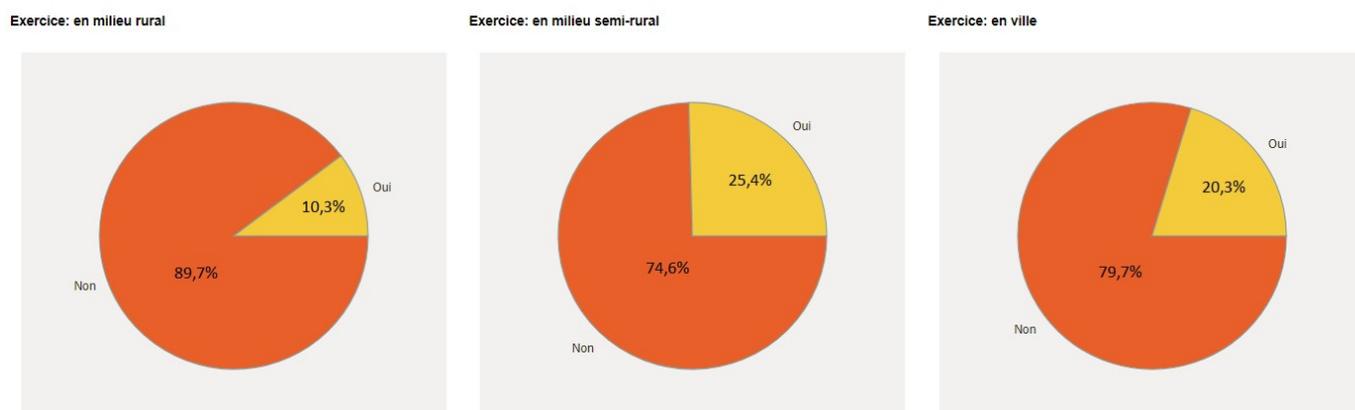


Figure 4 – Prescription d'antibiotiques comme traitement des abcès superficiels selon le type d'exercice

Il n'était pas observé de différence dans l'usage de l'antibiotique en plus de l'incision selon l'âge ($p = 0,8428$), le département ($p = 0,7102$), le type d'exercice ($p = 0,2072$) ou le sexe ($p = 0,1969$).

228 répondants prescrivait des antibiotiques en cas de complication locale ou régionale de la lésion (érysipèle, fièvre...), soit 58,76%. Sur ces 228 médecins, 54 (23,68%) prescrivait de toute façon une antibiothérapie dans le cas clinique présenté.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les quatre groupes dans la prescription d'antibiotiques en cas de complication selon l'âge, le sexe, le type ou le département d'exercice.

Concernant les médecins ne prescrivant jamais d'antibiotiques dans ce contexte, ils étaient 61, soit 15,72% de la population étudiée, dont 29,5% des médecins ruraux, 13,0% des semi-ruraux et 11,3% des médecins urbains ($p = 8,543 \times 10^{-4}$).

Jamais d'antibiotique selon le type d'exercice

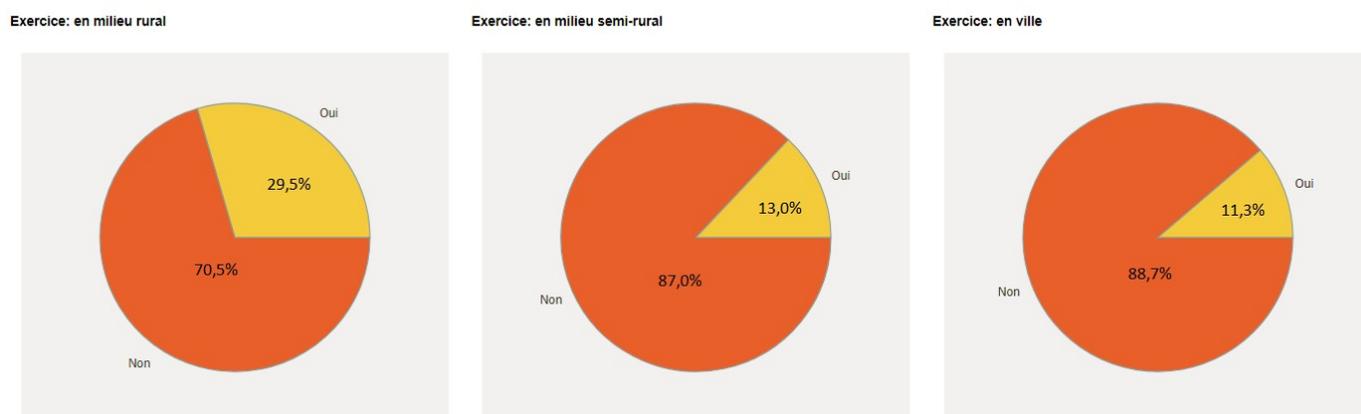


Figure 5 – « Vous ne prescrivez jamais d'antibiotiques dans ce contexte » selon le type d'exercice

Il n'était pas noté de différence entre les trois autres groupes (selon le sexe, le département d'exercice ou l'âge).

L'ensemble des données concernant les antibiotiques sont synthétisées dans le tableau 2. Les résultats statistiquement significatifs sont soulignés.

Variable	Oui	Non	<i>p</i>
Vous prescrivez une antibiothérapie	140 (36,08%)	240 (63,92%)	NA
Type d'exercice			<i>p = 0,1298</i>
Rural	21 (5,41%)	57 (14,69%)	
Semi-rural	71 (18,30%)	106 (27,32%)	
Urbain	48 (12,37%)	85 (21,91%)	

Département			<i>p = 0,7027</i>
Côtes d'Armor	4(1,03%)	5(1,29%)	
Finistère	3(0,77%)	4(1,03%)	
Ille-et-Vilaine	96(24,74%)	183(47,16%)	
Morbihan	37(9,54%)	56(14,43%)	
Classe d'âge			<i>p = 0,7489</i>
< 35 ans	53(13,66%)	87(22,42%)	
Entre 35 et 50 ans	49(12,63%)	85(21,91%)	
> 50 ans	38(9,79%)	76(19,59%)	
Sexe			<i>p = 0,2135</i>
Féminin	71(18,30%)	142(36,60%)	
Masculin	69(17,78%)	106(27,32%)	
Variable	Oui	Non	P
Antibiotique comme traitement des abcès superficiels	80 (20,62%)	308 (79,38%)	NA
Type d'exercice			<i>p = 0,02212</i>
Rural	8 (2,06%)	70 (18,04%)	
Semi-rural	45 (11,60%)	132 (34,02%)	
Urbain	27 (6,96%)	106 (27,32%)	
Département			<i>p = 0,6076</i>
Côtes d'Armor	3 (0,77%)	6 (1,55%)	
Finistère	2 (0,52%)	5 (1,29%)	
Ille-et-Vilaine	55 (14,18%)	224 (57,73%)	
Morbihan	20 (5,15%)	73 (18,81%)	
Classe d'âge			<i>p = 0,6760</i>
< 35 ans	32 (8,25%)	108 (27,84%)	
Entre 35 et 50 ans	27 (6,96%)	107 (27,58%)	
> 50 ans	21 (5,41%)	93 (23,97%)	
Sexe			<i>p = 0,5995</i>
Féminin	46 (11,86%)	167 (43,04%)	
Masculin	34 (8,76%)	141 (36,34%)	
Variable	Oui	Non	P
Antibiotique en plus de l'incision des abcès superficiels	67 (17,26%)	321 (82,73%)	NA
Type d'exercice			<i>p = 0,2072</i>
Rural	18 (4,64%)	60 (15,46%)	
Semi-rural	31 (7,99%)	146 (37,63%)	
Urbain	18 (4,64%)	115 (29,64%)	

Département			<i>p</i> = 0,7102
Côtes d'Armor	2 (0,51%)	7 (1,80%)	
Finistère	1 (0,26%)	6 (1,55%)	
Ille-et-Vilaine	45 (11,60%)	234 (60,31%)	
Morbihan	19 (4,90%)	74 (19,07%)	
Classe d'âge			<i>p</i> = 0,8428
< 35 ans	26 (6,70%)	114 (29,38%)	
Entre 35 et 50 ans	23 (59,28%)	111(28,61%)	
> 50 ans	18 (4,64%)	96 (24,74%)	
Sexe			<i>p</i> = 0,1969
Féminin	32 (8,25%)	181 (46,65%)	
Masculin	35 (9,02%)	140 (36,08%)	
Variable	Oui	Non	P
Antibiotique en cas de complication locale ou régionale	228 (58,76%)	160 (41,24%)	NA
Type d'exercice			<i>p</i> = 0,1866
Rural	41 (10,57%)	37 (9,54%)	
Semi-rural	101 (26,03%)	76 (19,59%)	
Urbain	86 (22,16%)	47 (12,11%)	
Département			<i>p</i> = 0,1252
Côtes d'Armor	4 (1,03%)	5 (1,29%)	
Finistère	3 (0,77%)	4 (1,03%)	
Ille-et-Vilaine	174 (44,84%)	105 (27,06%)	
Morbihan	47 (12,11%)	46 (11,86%)	
Classe d'âge			<i>p</i> = 0,5212
< 35 ans	77 (19,85%)	63 (16,24%)	
Entre 35 et 50 ans	81 (20,88%)	53 (13,66%)	
> 50 ans	70 (18,04%)	44 (11,34%)	
Sexe			<i>p</i> = 0,1044
Féminin	133 (34,28%)	80 (20,62%)	
Masculin	95 (24,48%)	80 (20,62%)	
Variable	Oui	Non	P
Vous ne prescrivez jamais d'antibiotique dans ce contexte	61 (15,72%)	327 (84,28%)	NA
Type d'exercice			<i>p</i> = 8,543 ^e -4
Rural	23 (5,93%)	55 (14,18%)	
Semi-rural	23 (5,93%)	154 (39,69%)	
Urbain	15 (3,87%)	118 (30,41%)	

Département			<i>p = 0,7130</i>
Côtes d'Armor	1 (0,26%)	8 (2,06%)	
Finistère	1 (0,26%)	6 (1,55%)	
Ille-et-Vilaine	41 (10,57%)	238 (61,34%)	
Morbihan	18 (4,64%)	75 (19,33%)	
Classe d'âge			<i>p = 0,7967</i>
< 35 ans	24 (6,19%)	116 (29,89%)	
Entre 35 et 50 ans	19 (4,90%)	115 (29,64%)	
> 50 ans	18 (4,64%)	96 (24,74%)	
Sexe			<i>p = 0,2085</i>
Féminin	29 (7,47%)	184 (47,42%)	
Masculin	32 (8,25%)	143 (36,86%)	

Tableau 2- caractéristiques de l'utilisation des antibiotiques par la population médicale d'étude

C. INCISIONS

Concernant l'item « vous les incisez », 195 médecins avaient répondu positivement, soit 50,26% des répondants.

Il existait des différences statistiquement significatives dans l'incision de l'abcès présenté dans le cas clinique concernant l'âge ($p = 1,259^e-3$), le sexe ($p = 6,822^e-6$), le type ($p = 0,04539$) et le département d'exercice ($p = 0,02785$).

Les médecins incisant le plus étaient âgés de plus de 50 ans (73 à inciser, soit 18,81% de la population médicale, 64,03% de leur population), masculins ($n = 110$, soit 28,35% de la population médicale, 62,85% de leur population) et ruraux ($n = 49$, soit 12,63% de la population médicale, 62,82% de leur population).

Les médecins d'Ille-et-Vilaine incisaient moins ($n = 128$, soit 32,99% de la population médicale, 45,88% de leur population)

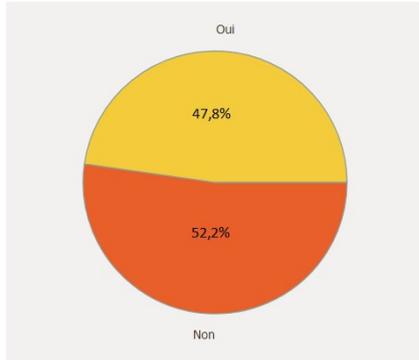
En sortant des analyses la strate des médecins âgés de plus de 50 ans, il n'y avait plus de différence statistiquement significative dans les incisions selon le type d'exercice ($p = 0,2544$).

En revanche, en sortant des analyses les médecins ruraux, ceux âgés de plus de 50 ans incisaient toujours plus ($p = 0,03615$)

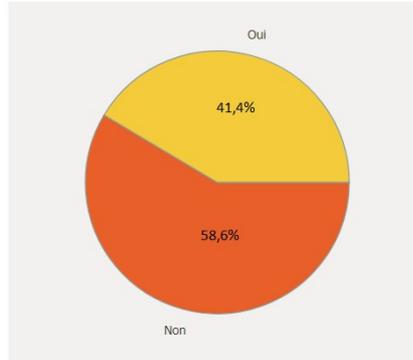
En stratifiant par l'âge, les femmes âgées de plus de 50 ans ($n = 15$, soit 42,86%) incisaient moins que leurs confrères âgés de plus de 50 ans ($n = 58$, soit 73,42%, $p = 1,711 \times 10^{-3}$). En revanche chez les moins de 35 ans, il n'y a pas de différence entre les femmes ($n = 40$, soit 40,00%) et les hommes ($n = 18$, soit 45,00%) concernant les incisions ($p = 0,5874$)

Incision selon l'âge

Age: entre 35 et 50 ans



Age: moins de 35 ans



Age: plus de 50 ans

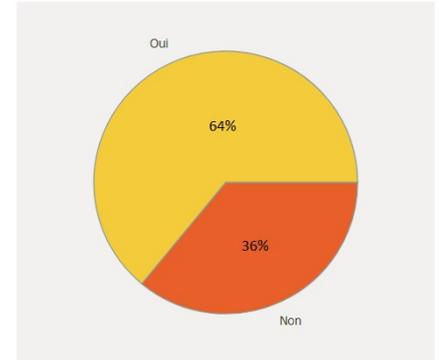
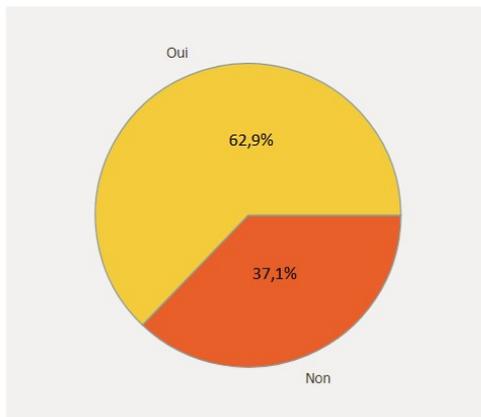


Figure 6 – Incision selon l'âge

Incision selon le sexe

Sexe: Un homme



Sexe: Une femme

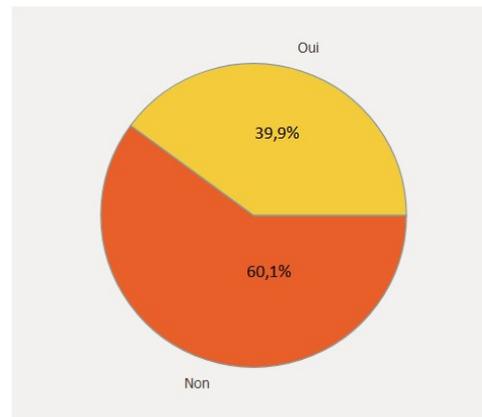
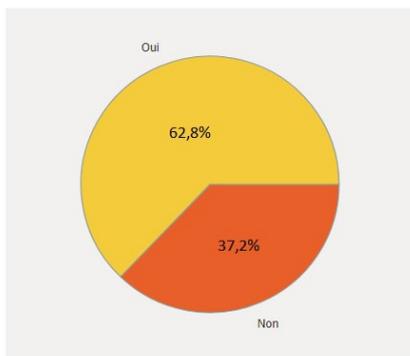


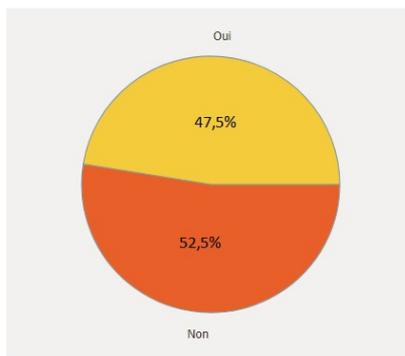
Figure 7 – Incision selon le sexe

Incision selon le type d'exercice

Exercice: en milieu rural



Exercice: en milieu semi-rural



Exercice: en ville

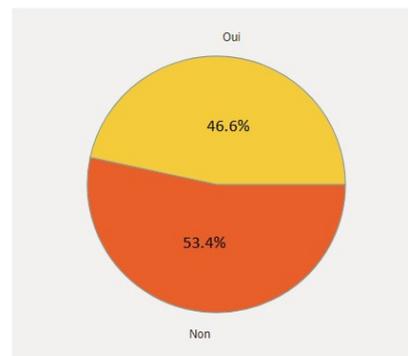
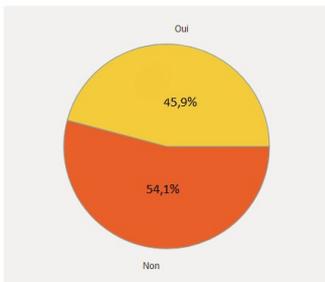


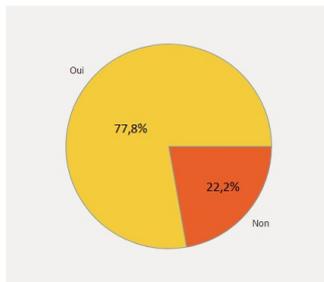
Figure 8 – Incision selon le type d'exercice

Incision selon le département

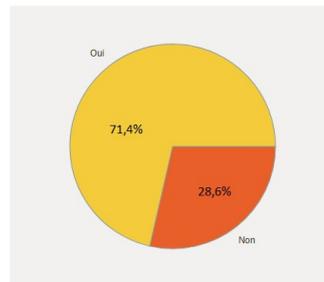
Département de l'Ille-et-Vilaine



Département des Côtes d'Armor



Département du Finistère



Département du Morbihan

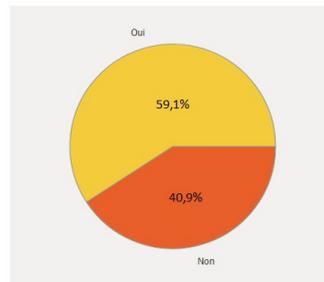
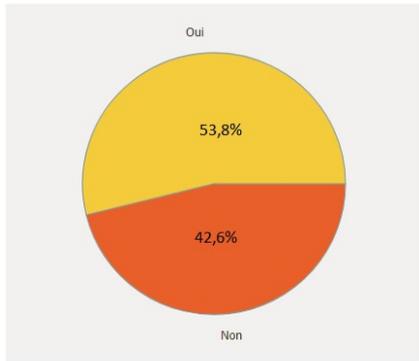


Figure 9 – Incision selon le département d'exercice

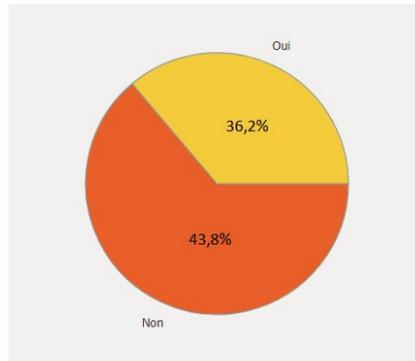
Les médecins généralistes déclarants inciser systématiquement les abcès collectés étaient au nombre de 157 (40,46%) et étaient plutôt ruraux ($p = 0,02462$) avec $n = 42$, soit 53,8% de leur population. Il s'agissait majoritairement d'hommes ($p = 3,985 \times 10^{-6}$, $n = 93$, soit 53,1% de leur population) âgés de plus de 50 ans ($p = 6,246 \times 10^{-6}$, $n = 67$, soit 58,8% de leur population.) Les départements qui incisent le plus sont ceux des Côtes d'Armor et du Finistère ($p = 0,03247$, n respectifs de 7 et 5, soit respectivement 77,8% et 71,4% de leur population.)

Incision systématique selon le type d'exercice

Exercice: en milieu rural



Exercice: en milieu semi-rural



Exercice: en ville

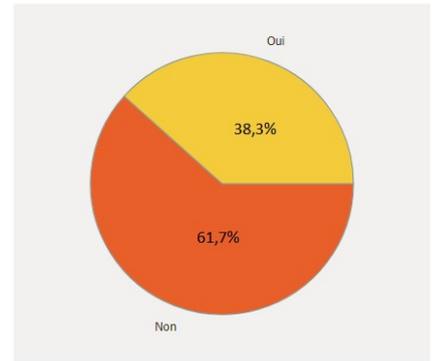
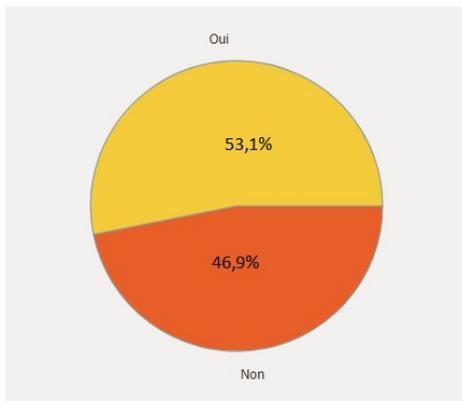


Figure10 – Incision systématique selon le type d'exercice

Incision systématique selon le sexe

Sexe: Un homme



Sexe: Une femme

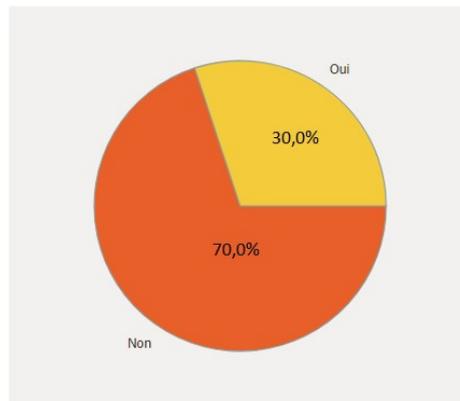
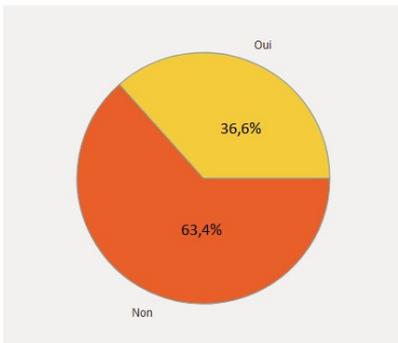


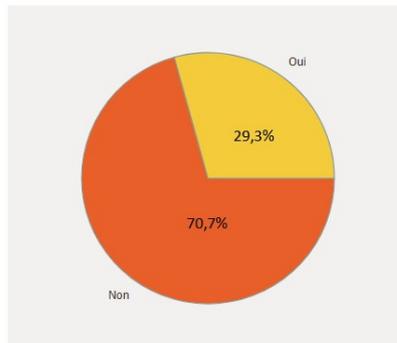
Figure 11 – Incision systématique selon le sexe

Incision systématique selon l'âge

Age: entre 35 et 50 ans



Age: moins de 35 ans



Age: plus de 50 ans

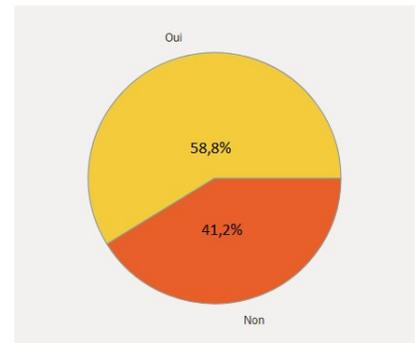


Figure 12 - Incision systématique selon l'âge

Incision systématique selon le département

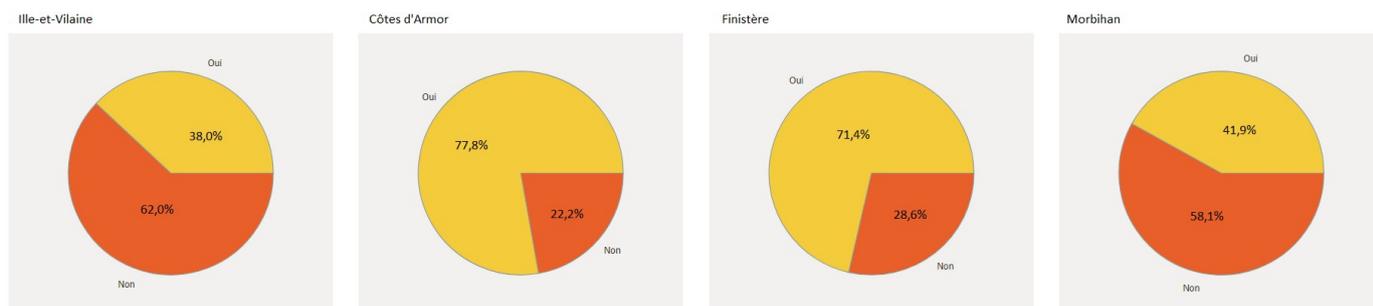


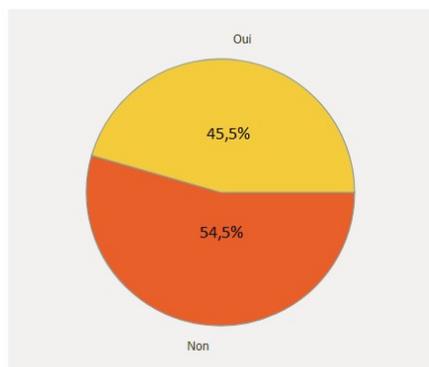
Figure 13 – Incision systématique selon le département d'exercice

155 répondants (39,95%) déclaraient ne jamais inciser. Il n'était pas noté de différence parmi les médecins n'incisant jamais selon leur département ($p = 0,2339$) ou leur type d'exercice ($p = 0,1576$).

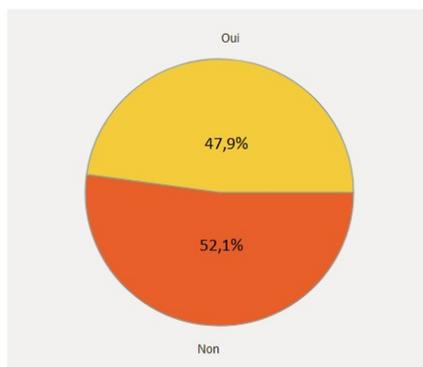
Ceux ayant le moins affirmé « ne jamais inciser » étaient âgés de plus de 50 ans ($p = 1,262 \times 10^{-4}$, $n = 27$ soit 23,7% de cette classe d'âge) et de sexe masculin ($p = 8,183 \times 10^{-5}$, $n = 51$ soit 29,1% des hommes pour 48,8% des femmes ($n = 104$)).

N'incise jamais selon l'âge

Age: entre 35 et 50 ans



Age: moins de 35 ans



Age: plus de 50 ans

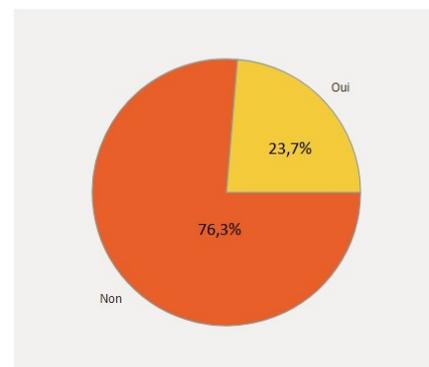
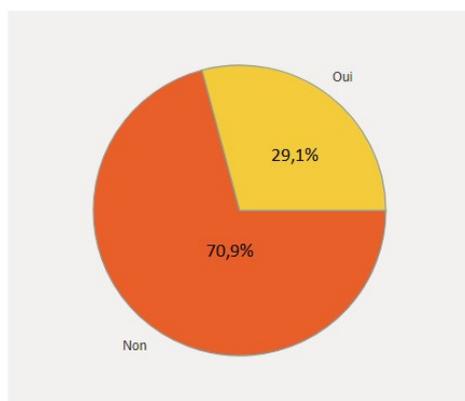


Figure 14 - Jamais d'incision selon l'âge

N'incise jamais selon le sexe

Sexe: Un homme



Sexe: Une femme

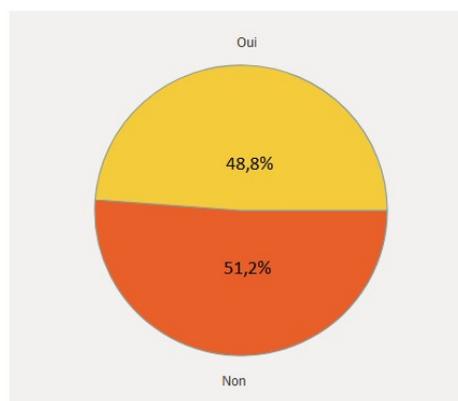


Figure 15 - Jamais d'incision selon le sexe

Concernant le cas clinique présenté dans le questionnaire, 37 médecins (9,54% de la population) estimaient qu'il n'y avait ici pas d'indication à inciser l'abcès.

Cette absence d'indication était partagée de manière homogène selon le type d'exercice ($p = 0,1044$), le département ($p = 0,6847$), le sexe ($p = 0,3504$) ou l'âge ($p = 0,4757$) des participants.

L'ensemble des données concernant les incisions sont synthétisées dans le tableau 3. Les résultats statistiquement significatifs sont soulignés. Les pourcentages relatifs aux strates sont signalés par un astérisque *

Variable	Oui	Non	p
Concernant la prise en charge de cette lésion : Vous l'incisez	195(50,26%)	193 (49,74%)	NA
Type d'exercice			<u>$p = 0,04539$</u>
Rural	49 (12,63%)	29 (7,47%)	
Semi-rural	84 (21,65%)	93 (23,97%)	
Urbain	62 (15,98%)	71 (18,30%)	
Type d'exercice sans les > 50 ans			<u>$p = 0,2544$</u>
Rural	25 (6,44%)*	23 (5,93%)*	
Semi-rural	61 (15,72%)*	71 (18,30%)*	
Urbain	36 (9,28%)*	58 (14,95%)*	

Département			$p = 0,02785$
Côtes d'Armor	7 (1,80%)	2 (0,52%)	
Finistère	5 (1,29%)	2 (0,52%)	
Ille-et-Vilaine	128 (32,99%)	151 (38,92%)	
Morbihan	55 (14,18%)	38 (9,79%)	
Classe d'âge			$p = 1,259^e-3$
< 35 ans	58 (14,95%)	82 (21,13%)	
Entre 35 et 50 ans	64 (16,49%)	70 (18,04%)	
> 50 ans	73 (18,81%)	41 (10,57%)	
Classe d'âge sans les ruraux			$p = 0,03615$
< 35 ans	46 (11,86%)*	69 (17,78%)*	
Entre 35 et 50 ans	51 (13,14%)*	60 (15,46%)*	
> 50 ans	49 (12,63%)*	35 (9,02%)*	
Sexe			$p = 6,822^e-6$
Féminin	85 (21,91%)	128 (32,99%)	
Masculin	110 (28,35%)	65 (16,75%)	
Sexe > 50 ans			$p = 1,711^e-3$
Féminin > 50 ans	15 (3,87%)(8,02%)*	35 (9,02%)(18,72%)*	
Masculin > 50 ans	58 (14,95%)(31,02%)*	79 (20,36%)(42,25%)*	
Sexe < 35 ans			$p = 0,5874$
Féminin < 35 ans	40 (10,31%)(28,57%)*	60 (15,46%)(42,86%)*	
Masculin < 35 ans	18 (4,64%)(12,86%)*	22 (5,67%)(15,71%)*	
Variable	Oui	Non	p
Vous incisez systématiquement les abcès mûrs	157 (40,46%)	231(59,54%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,02462$
Rural	42 (10,82%)	36 (9,28%)	
Semi-rural	64 (16,49%)	113 (29,12%)	
Urbain	51 (13,14%)	82 (21,13%)	
Département			$p = 0,03247$
Côtes d'Armor	7 (1,80%)	2 (0,52%)	
Finistère	5 (1,29%)	2 (0,52%)	
Ille-et-Vilaine	106 (27,32%)	173 (44,59%)	
Morbihan	39 (10,05%)	54 (13,92%)	

Classe d'âge			$p = 6,245^e-6$
< 35 ans	41 (10,57%)	99 (25,52%)	
Entre 35 et 50 ans	49 (12,63%)	85 (21,91%)	
> 50 ans	67 (17,27%)	47 (12,11%)	
Sexe			$p = 3,985^e-6$
Féminin	64 (16,49%)	149 (38,40%)	
Masculin	93 (23,97%)	82 (21,13%)	
Variable	Oui	Non	p
Vous n'incisez jamais	155 (39,95%)	233(60,05%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,1576$
Rural	24 (6,19%)	54 (13,92,%)	
Semi-rural	77(19,85%)	100 (25,77%)	
Urbain	54 (13,92%)	79 (20,36%)	
Département			$p = 0,2339$
Côtes d'Armor	2 (0,52%)	7 (1,80%)	
Finistère	2 (0,52%)	5 (1,29%)	
Ille-et-Vilaine	120 (30,93%)	159 (40,98%)	
Morbihan	31 (7,99%)	62 (15,98%)	
Classe d'âge			$p = 1,2662^e-4$
< 35 ans	67 (17,27%)	73 (18,81%)	
Entre 35 et 50 ans	61 (15,72%)	73 (18,81%)	
> 50 ans	27 (6,96%)	87 (22,42%)	
Sexe			$p = 8,183^e-5$
Féminin	104 (26,80%)	109 (28,09%)	
Masculin	51 (13,14%)	124 (31,96%)	
Variable	Oui	Non	p
Dans ce cas clinique, il n'y a pas d'indication à inciser	37 (9,54%)	351(90,46%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,1044$
Rural	5 (1,29%)	73 (18,81%)	
Semi-rural	23 (5,93%)	154 (36,69%)	
Urbain	9 (2,32%)	124 (31,96%)	
Département			$p = 0,6847$
Côtes d'Armor	0 (0,00%)	9 (2,32%)	
Finistère	0 (0,00%)	7 (1,80%)	
Ille-et-Vilaine	30 (7,73%)	249 (64,18%)	
Morbihan	7 (1,80%)	86 (22,16%)	

Classe d'âge			$p = 0,4757$
< 35 ans	10 (2,58%)	130 (33,51%)	
Entre 35 et 50 ans	15 (3,87%)	119 (30,68%)	
> 50 ans	12 (3,09%)	102 (26,29%)	
Sexe			$p = 0,3504$
Féminin	23 (5,93%)	190 (48,97%)	
Masculin	14 (3,61%)	161 (41,49%)	

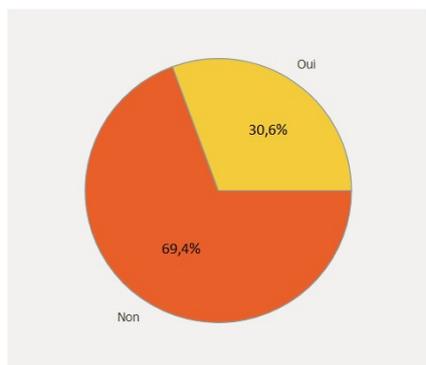
Tableau 3 – Caractéristiques des incisions par la population médicale d'étude

D. ORIENTATION VERS LES URGENCES OU LES MEDECINS SPECIALISTES

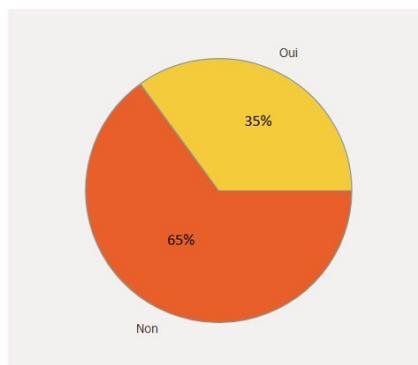
Sur les 388 médecins répondants, 105 adressaient les patients aux urgences ou en consultation spécialisée, soit plus d'un médecin sur quatre (27,06%). Parmi ces 105 médecins, 37 (35,24%) avaient déjà entrepris un traitement (16 prescrivaient en plus une antibiothérapie (15,24%), 13 (12,38%) avaient déjà incisé l'abcès et 8 (7,62%) avaient à la fois incisé et traité par antibiotique).

Parmi eux, ceux adressant le moins les patients étaient les médecins âgés de plus de 50 ans ($n = 15$, soit 13,2% des plus de 50 ans, $p = 2,635 \times 10^{-4}$) et de sexe masculin ($n = 31$, soit 17,7% des hommes, $p = 1,723 \times 10^{-4}$)

Consultation aux Urgences ou à un spécialiste selon l'âge
Age: entre 35 et 50 ans



Age: moins de 35 ans



Age: plus de 50 ans

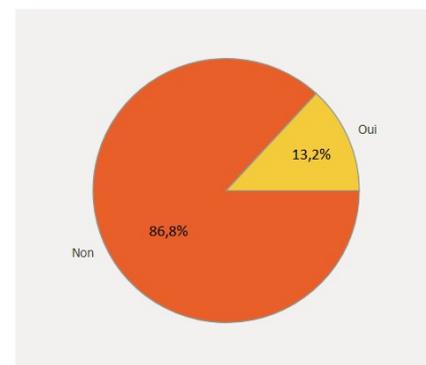
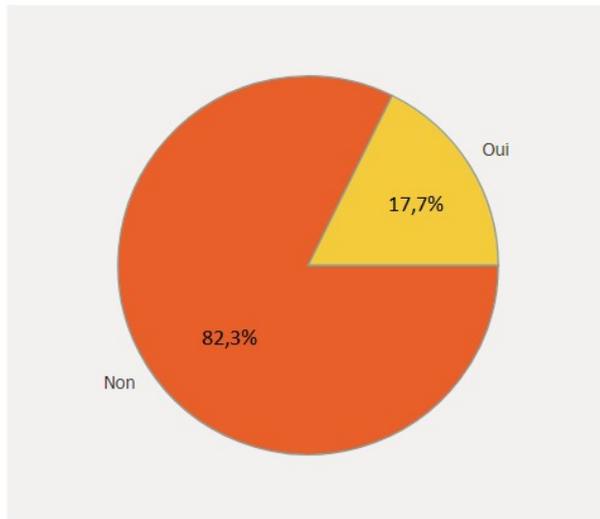


Figure 16 – Consultation aux urgences ou à un spécialiste selon l'âge

Consultation aux Urgences ou à un spécialiste selon le sexe

Sexe: Un homme



Sexe: Une femme

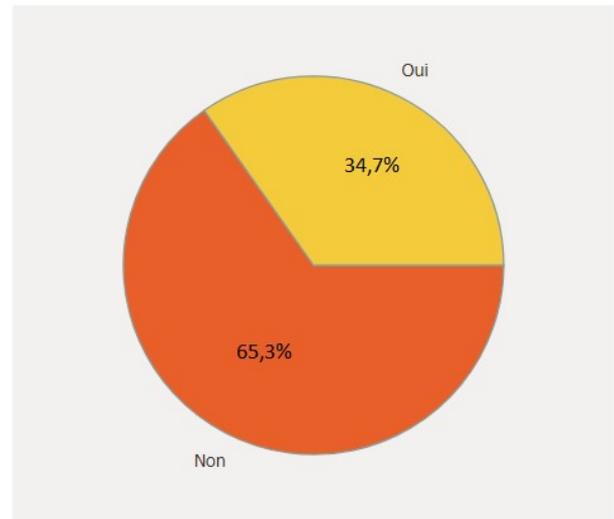


Figure 17 - Consultation aux urgences ou à un spécialiste selon le sexe

Il n'était pas noté de différence statistiquement significative concernant le département ($p = 0,4134$) ou le type d'exercice ($p = 0,2953$) dans ce domaine.

L'ensemble des données concernant les réorientations de patients vers des médecins spécialistes ou les urgences sont synthétisées dans le tableau 4. Les résultats statistiquement significatifs sont soulignés.

Variable	Oui	Non	p
Vous adressez le patient aux urgences ou à une consultation spécialisée	105 (27,06%)	283 (72,94%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,2953$
Rural	16 (4,12%)	62 (15,98%)	
Semi-rural	53 (13,66%)	124 (31,96%)	
Urbain	36 (9,28%)	97 (25,00%)	
Département			$p = 0,4134$
Côtes d'Armor	1 (0,26%)	8 (2,06%)	
Finistère	1 (0,26%)	6 (1,55%)	
Ille-et-Vilaine	82 (21,13%)	197 (50,77%)	
Morbihan	21 (5,41%)	72 (18,56%)	
Classe d'âge			$p = 2,635^e-4$
< 35 ans	49 (12,63%)	91 (23,45%)	
Entre 35 et 50 ans	41 (10,57%)	93 (23,97%)	
> 50 ans	15 (3,87%)	99 (25,52%)	
Sexe			$p = 1,723^e-4$
Féminin	74 (19,07%)	139 (35,82%)	
Masculin	31 (7,99%)	144 (37,11%)	

Tableau 4 – Caractéristiques des réorientations de patients vers les spécialistes ou les urgences par la population médicale d'étude

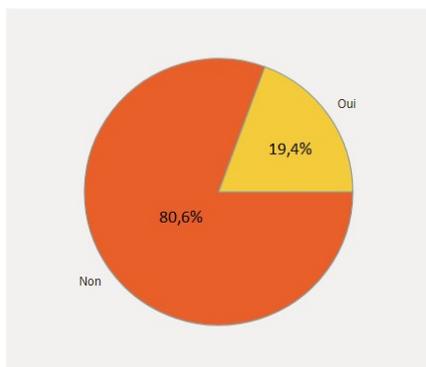
E. MECHAGE ET PRELEVEMENT

Plus d'un médecin sur quatre (n = 101, soit 26,03%) déclarait mécher les abcès, quand 27 (6,96%) seulement effectuaient un prélèvement.

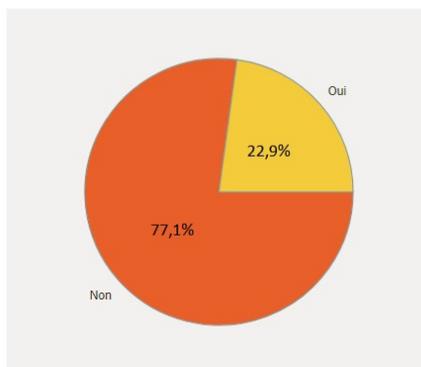
Les médecins pratiquant le plus de méchages étaient des hommes (n = 65 soit 37,1% de leur population, $p = 6,145^e-6$), âgés de plus de 50 ans (n = 43, $p = 2,634^e-3$). Les femmes ne méchaient que pour 16,9% d'entre elles (n = 36).

Méchage selon l'âge

Age: entre 35 et 50 ans



Age: moins de 35 ans



Age: plus de 50 ans

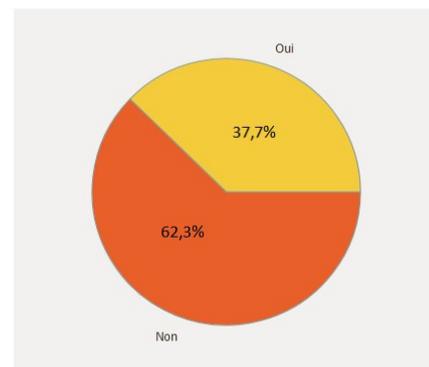
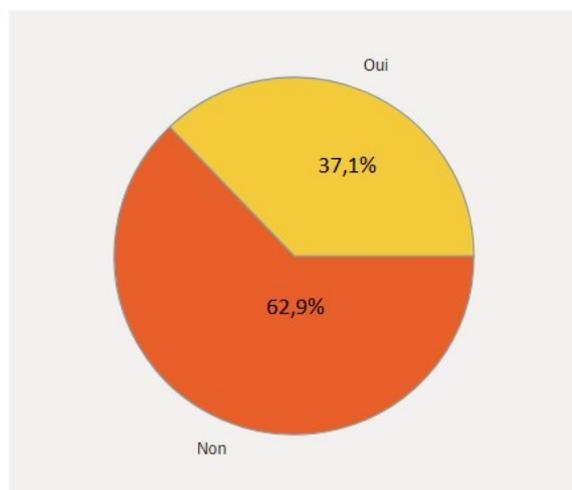


Figure 18–Méchage selon l'âge

Méchage selon le sexe

Sexe: Un homme



Sexe: Une femme

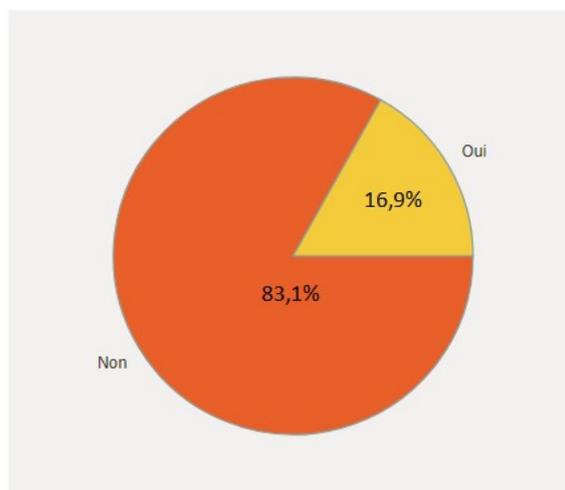


Figure 19 - Méchage selon le sexe

Il n'y avait pas de différence notable selon le type ($p = 0,08447$) ou le département d'exercice ($p = 0,3032$) concernant le méchage.

Les prélèvements étaient effectués de façon similaire par tous les sous-groupes. Il n'était pas noté de différence sur la base du type d'exercice ($p = 0,7629$), du département d'exercice ($p = 0,2099$), de la classe d'âge ($p = 0,1947$) ou du sexe ($p = 0,2578$).

L'ensemble des données concernant les méchages et prélèvements sont synthétisées dans le tableau 5. Les résultats statistiquement significatifs sont soulignés.

Variable	Oui	Non	p
Vous les méchez	101 (26,03%)	287 (73,97%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,08447$
Rural	28 (7,22%)	50 (12,89%)	
Semi-rural	42 (10,82%)	135 (34,79%)	
Urbain	31 (7,99%)	102 (26,29%)	
Département			$p = 0,3032$
Côtes d'Armor	2 (0,52%)	7 (1,80%)	
Finistère	2 (0,52%)	5 (1,29%)	
Ille-et-Vilaine	66 (17,01%)	213 (54,90%)	
Morbihan	31 (7,99%)	62 (15,98%)	
Classe d'âge			$p = 2,634^e-3$
< 35 ans	32 (8,25%)	108 (27,84%)	
Entre 35 et 50 ans	26 (6,70%)	108 (27,84%)	
> 50 ans	43 (11,08%)	71 (18,30%)	
Sexe			$p = 6,145^e-6$
Féminin	36 (9,28%)	177 (45,62%)	
Masculin	65 (16,75%)	10 (2,58%)	
Variable	Oui	Non	p
Vous effectuez un prélèvement	27 (6,96%)	361 (93,04%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,7629$
Rural	5 (1,29%)	73 (18,81%)	
Semi-rural	11 (2,84%)	166 (42,78%)	
Urbain	11 (2,84%)	122 (31,44%)	
Département			$p = 0,2099$
Côtes d'Armor	0 (0,00%)	9 (2,32%)	
Finistère	1 (0,26%)	6 (1,55%)	
Ille-et-Vilaine	16 (4,12%)	263 (67,78%)	
Morbihan	10 (2,58%)	83 (21,39%)	
Classe d'âge			$p = 0,1947$
< 35 ans	7 (1,80%)	133 (34,28%)	
Entre 35 et 50 ans	8 (2,06%)	126 (32,47%)	
> 50 ans	12 (3,09%)	102 (26,29%)	

Sexe			$p = 0,2578$
Féminin	12 (3,09%)	201 (51,80%)	
Masculin	15 (3,87%)	160 (41,24%)	

Tableau 5 – Caractéristiques des prélèvements et méchages par la population médicale d'étude

F. LES DIFFERENTS FREINS A LA PRISE EN CHARGE DES ABCES EN CABINET

L'inquiétude concernant la réalisation de gestes de petite chirurgie était la première cause de renoncement à la prise en charge des abcès sous cutanés. Elle concernait 94 praticiens, soit près d'un quart des médecins répondants (24,23%). Venait ensuite la méconnaissance de cette prise en charge (79 praticiens, soit 20,36%), la difficulté à reconnaître quand inciser (76 praticiens, soit 19,59%), le manque de temps (60 médecins, soit 15,46%) puis le manque de matériel (51 praticiens, soit 13,14%).

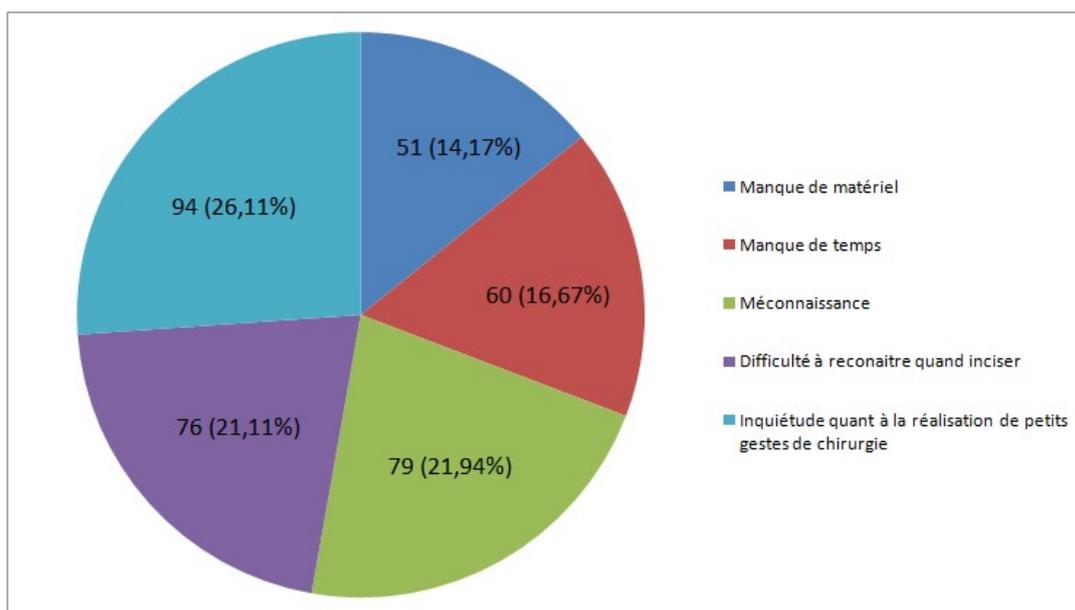


Figure 20 – Répartition des freins à la prise en charge des abcès en cabinet de médecine générale

Les moins de 35 ans étaient significativement plus inquiets avec 32,1% de leur population ayant répondu positivement à la question ($n = 45$, $p = 6,172 \times 10^{-3}$), contre 3,9 % pour les 35 à 50 ans ($n = 32$) et 14,9% des plus de 50 ans ($n = 17$).

Inquiétude quant à la réalisation de petits gestes de chirurgie en cabinet selon l'âge

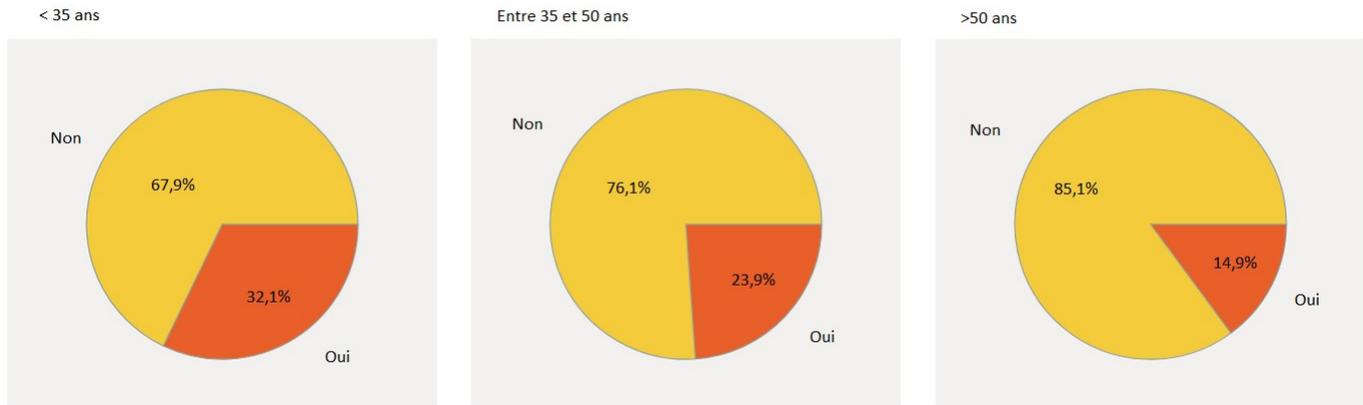


Figure 21 – Inquiétude quant à la réalisation de gestes de petite chirurgie selon l'âge

Les femmes médecins déclaraient également plus d'inquiétude que leurs confrères masculins, avec respectivement 66 (31,0%) et 28 (16,0%) réponses positives ($p = 6,075 \times 10^{-4}$).

Inquiétude quant à la réalisation de petits gestes de chirurgie en cabinet

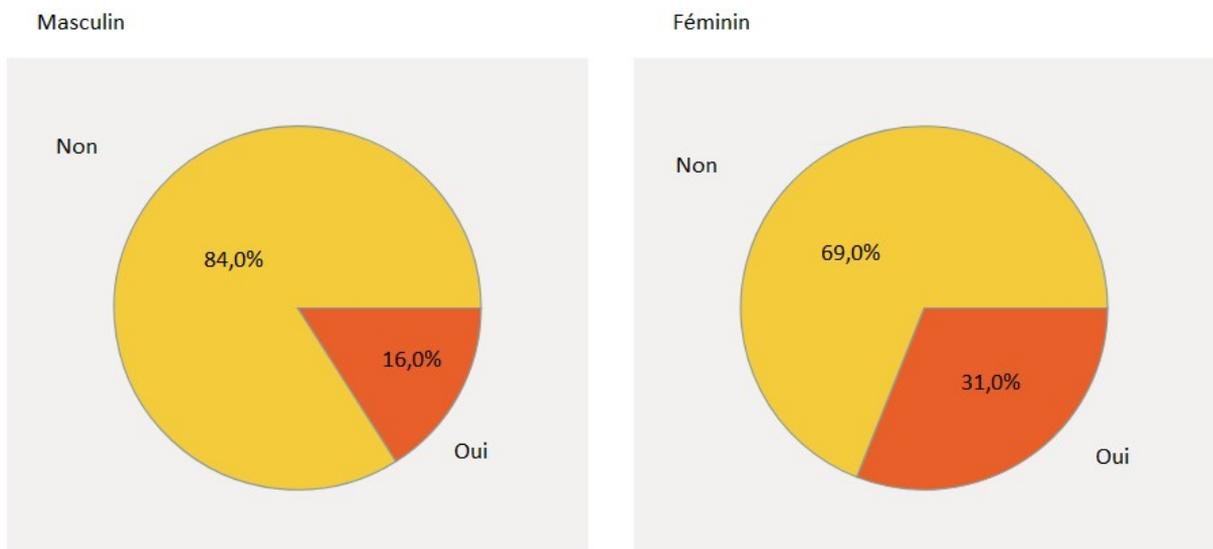


Figure 22 - Inquiétude quant à la réalisation de gestes de petite chirurgie selon le sexe

Il n'était pas noté de différence statistiquement significative pour le département ($p = 0,7461$) ou le type d'exercice ($p = 0,1111$).

Les médecins âgés de plus de 50 ans étaient moins nombreux à estimer méconnaître la prise en charge des abcès superficiels, puisque seulement 5,3%

d'entre eux se reconnaissaient dans cette affirmation, soit 6 personnes. Ils étaient 41 (29,3%) âgés de moins de 35 ans et 32 (23,9%) entre 35 et 50 ans ($p = 6,375^e-6$).

Manque de connaissance selon l'âge

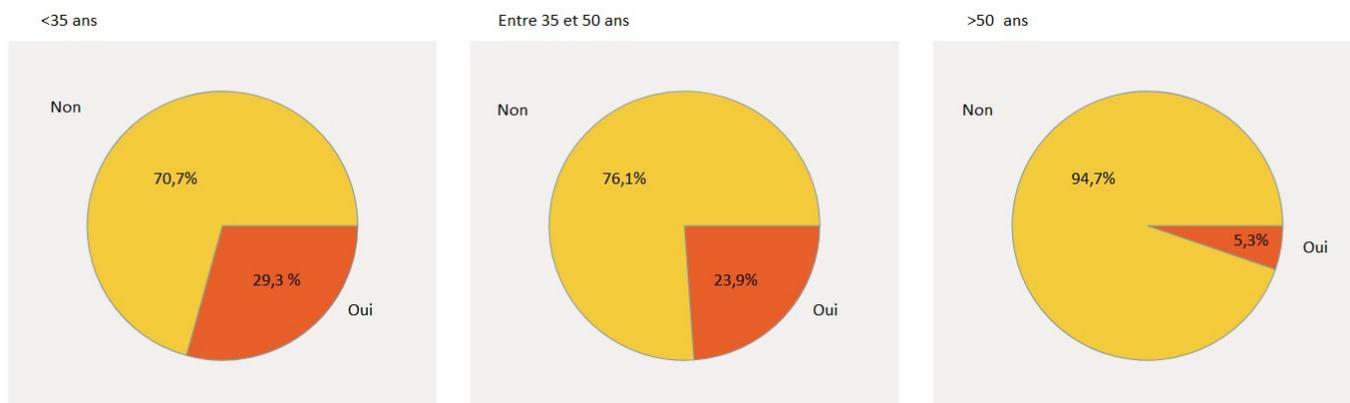


Figure 23 – Manque de connaissance selon l'âge

Les répondantes étaient 56 en faveur d'un manque de connaissance (26,3%) contre 23 hommes (13,1%, $p = 1,373^e-3$). Il n'a pas été noté de différence selon le type ($p = 0,4223$) ou le département d'exercice ($p = 0,2550$).

Manque de connaissance selon le sexe

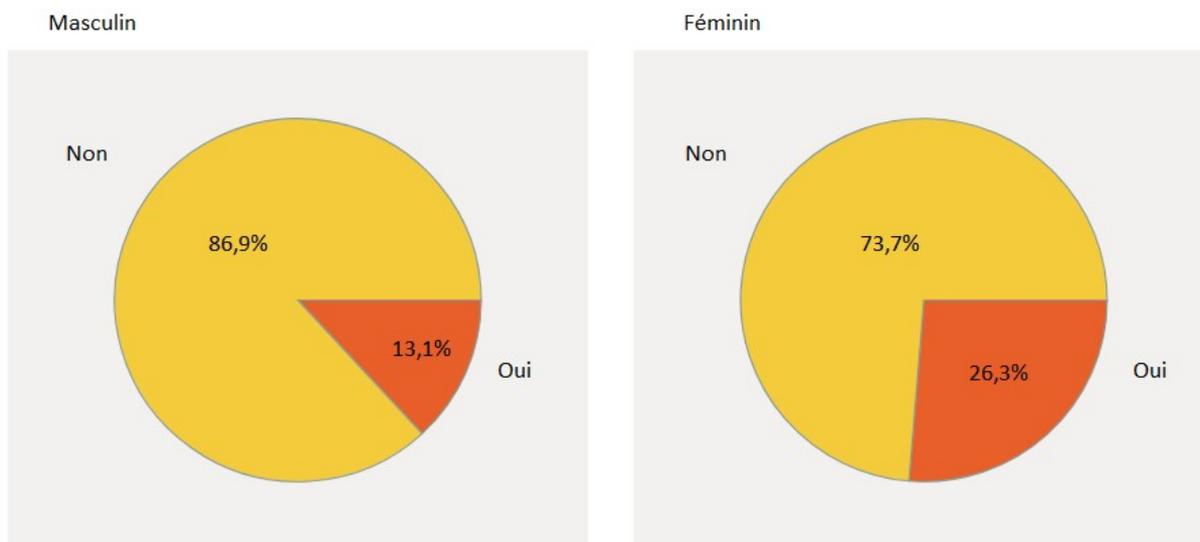


Figure 24 – Manque de connaissance selon le sexe

Concernant la difficulté à reconnaître quand inciser, les hommes médecins n'étaient que 12,0% ($n = 21$) à être pris en défaut, contre 25,8% des femmes ($n = 55$, $p = 6,414^e-4$).

Difficulté à reconnaître quand inciser selon le sexe

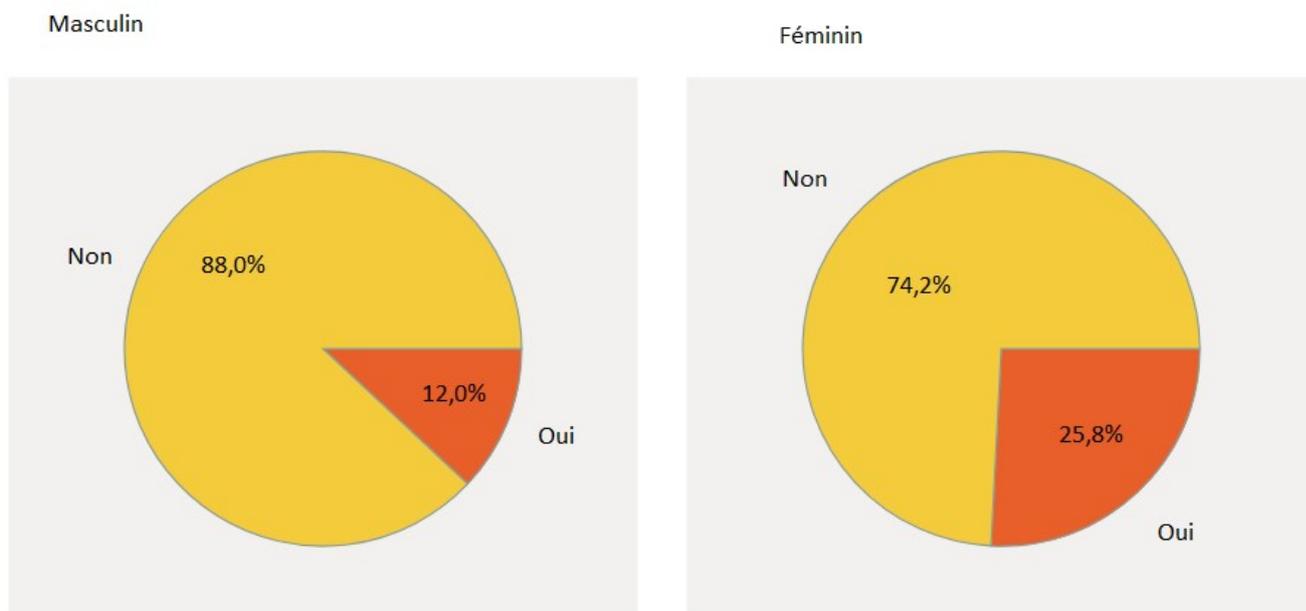


Figure 25 – Difficulté à reconnaître quand inciser selon le sexe

Il n'était pas relevé de différence concernant cette difficulté selon l'âge ($p = 0,05483$), le type ($p = 0,5353$) ou le département d'exercice ($p = 0,2823$).

60 médecins (15,46%) déclaraient manquer de temps pour prendre en charge les abcès sans différence statistiquement significative selon les groupes, 51 (13,14%) déclaraient manquer de matériel. Les médecins les plus âgés étaient mieux équipés, et seulement 5,3% (6 médecins) des plus de 50 ans manquaient de matériel, contre respectivement 19,3% ($n = 27$) et 13,4% ($n = 18$) chez les moins de 35 ans et les 35 à 50 ans ($p = 4,433 \times 10^{-3}$).

Manque de matériel selon l'âge

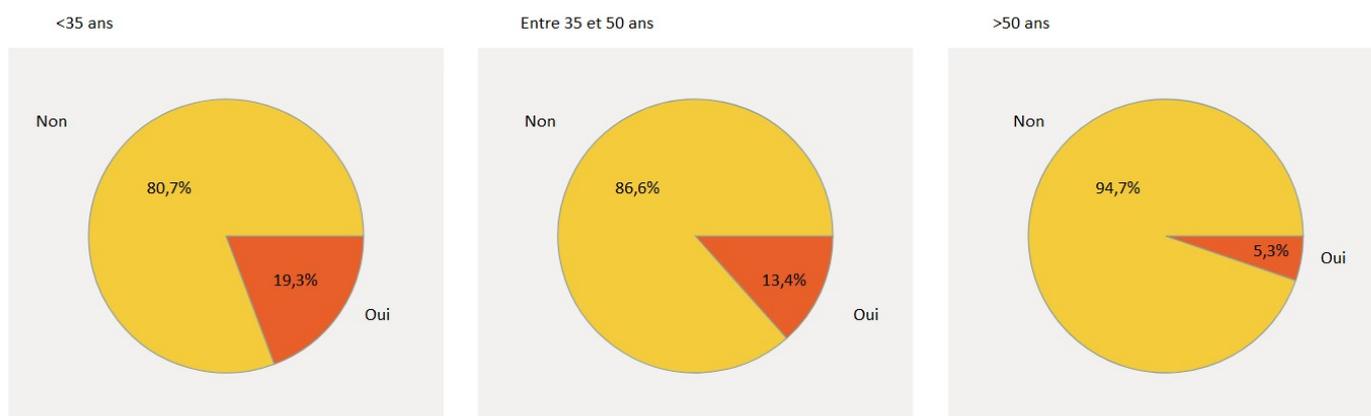


Figure 26 – Manque de matériel selon l'âge

Les médecins ruraux étaient mieux équipés avec seulement 5,1% (n = 4) en manque de matériel contre 13,6% (n = 24) en semi rural et 17,3% (n = 23) en urbain (p = 0,04031).

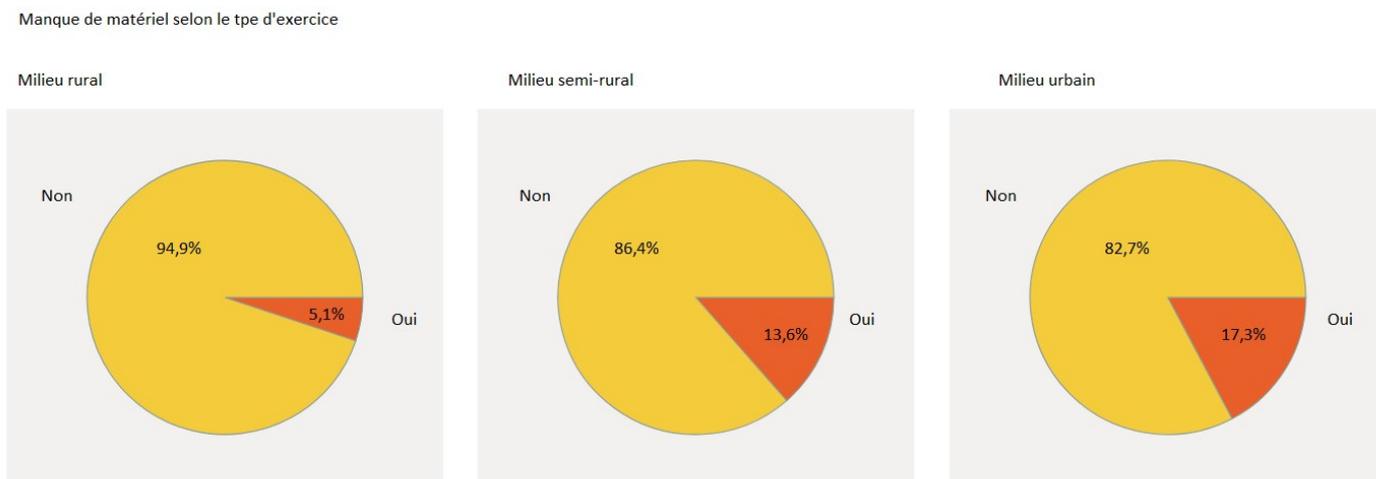


Figure 27 – Manque de matériel selon le type d'exercice

Il n'était pas noté de différence statistiquement significative en fonction du sexe (p = 0,1309) ou du département d'exercice (p = 0,3643).

L'ensemble des données concernant les freins à la prise en charge des abcès en médecine générale sont synthétisées dans le tableau 6. Les résultats statistiquement significatifs sont soulignés.

Variable	Oui	Non	p
Inquiétude quant à la réalisation de gestes de petite chirurgie en cabinet	94 (24,23%)	294 (75,77%)	NA
Type d'exercice			<i>p = 0,1111</i>
Rural	12 (3,09%)	66 (17,01%)	
Semi-rural	45 (11,60%)	132 (34,02%)	
Urbain	37 (9,54%)	96 (24,74%)	
Département			<i>p = 0,7461</i>
Côtes d'Armor	2 (0,52%)	7 (1,80%)	
Finistère	2 (0,52%)	5 (1,29%)	
Ille-et-Vilaine	71 (18,30%)	208 (53,61%)	
Morbihan	19 (4,90%)	74 (19,07%)	

Classe d'âge			$p = 6,172^e-3$
< 35 ans	45 (11,60%)	95 (24,48%)	
Entre 35 et 50 ans	32 (8,25%)	102 (26,29%)	
> 50 ans	17 (4,38%)	97 (25,00%)	
Sexe			$p = 6,075^e-4$
Féminin	66 (17,01%)	147 (37,89%)	
Masculin	28 (7,22%)	147 (37,89%)	
Variable	Oui	Non	p
Méconnaissance de la pathologie	79 (20,36%)	309 (79,64%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,4223$
Rural	14 (3,61%)	64 (16,49%)	
Semi-rural	33 (8,25%)	144 (37,11%)	
Urbain	32 (8,25%)	101 (26,03%)	
Département			$p = 0,2550$
Côtes d'Armor	0(0,00%)	9(2,32%)	
Finistère	1(0,26%)	6(1,55%)	
Ille-et-Vilaine	63 (16,24%)	216 (55,67%)	
Morbihan	15 (3,87%)	78 (20,10%)	
Classe d'âge			$p = 6,375^e-6$
< 35 ans	41 (10,57%)	99 (25,52%)	
Entre 35 et 50 ans	32 (8,25%)	102 (26,29%)	
> 50 ans	6 (1,55%)	108 (27,83%)	
Sexe			$p = 1,373^e-3$
Féminin	56 (14,43%)	157 (40,46%)	
Masculin	23 (5,93%)	152 (39,18%)	
Variable	Oui	Non	p
Difficulté à reconnaître quand inciser	76 (19,59%)	312 (80,41%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,5353$
Rural	14 (3,61%)	64 (16,49%)	
Semi-rural	39 (10,05%)	138 (35,57%)	
Urbain	23 (5,93%)	110 (28,35%)	
Département			$p = 0,2823$
Côtes d'Armor	0 (0,00%)	9 (2,32%)	
Finistère	0 (0,00%)	7 (1,80%)	
Ille-et-Vilaine	55 (14,18%)	224 (57,73%)	
Morbihan	21 (5,41%)	72 (18,56%)	

Classe d'âge			$p = 0,05483$
< 35 ans	36 (9,28%)	104 (26,80%)	
Entre 35 et 50 ans	24 (6,19%)	110 (28,35%)	
> 50 ans	16 (4,12%)	98 (25,26%)	
Sexe			$p = 6,414^e-4$
Féminin	55 (14,18%)	158 (40,72%)	
Masculin	21 (5,41%)	154 (39,69%)	
Variable	Oui	Non	p
Manque de temps	60 (15,46%)	328 (84,54%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,4086$
Rural	10 (2,58%)	68 (17,53%)	
Semi-rural	25 (6,44%)	152 (39,18%)	
Urbain	25 (6,44%)	108 (27,84%)	
Département			$p = 0,3963$
Côtes d'Armor	0 (0,00%)	9 (2,32%)	
Finistère	1 (0,26%)	6 (1,55%)	
Ille-et-Vilaine	48 (12,37%)	231 (59,54%)	
Morbihan	11 (2,84%)	82 (21,13%)	
Classe d'âge			$p = 0,1949$
< 35 ans	23 (5,93%)	117 (30,15%)	
Entre 35 et 50 ans	25 (6,44%)	109 (28,09%)	
> 50 ans	12 (3,09%)	102 (26,29%)	
Sexe			$p = 0,7912$
Féminin	32 (8,25%)	181 (46,65%)	
Masculin	28 (7,22%)	147 (37,89%)	
Variable	Oui	Non	p
Manque de matériel	51 (13,14%)	337 (86,86%)	NA
Type d'exercice			$p = 0,04031$
Rural	4 (1,03%)	74 (19,07%)	
Semi-rural	24 (6,19%)	153 (39,43%)	
Urbain	23 (5,93%)	110 (28,35%)	
Département			$p = 0,3643$
Côtes d'Armor	0 (0,00%)	9 (2,32%)	
Finistère	0 (0,00%)	7 (1,80%)	
Ille-et-Vilaine	42 (10,82%)	237 (61,08%)	
Morbihan	9 (2,32%)	84 (21,65%)	

Classe d'âge			<i>p = 4,433^e-3</i>
< 35 ans	27 (6,96%)	113 (29,12%)	
Entre 35 et 50 ans	18 (4,64%)	116 (29,90%)	
> 50 ans	6 (1,55%)	108 (27,84%)	
Sexe			<i>p = 0,1309</i>
Féminin	33 (8,51%)	180 (46,39%)	
Masculin	18 (4,64%)	157 (40,46%)	

Tableau 6 – Caractéristiques des freins à la prise en charge des abcès superficiels par la population médicale d'étude

G. LE CAS DES MEDECINS N'INCISANT JAMAIS

Concernant les 155 (39,95%) médecins n'incisant jamais les abcès superficiels, 73 (47,10%) adressaient leurs patients à un confrère spécialiste ou aux urgences (contre 105 (27,06%) de la population générale, $p = 7,065^e-6$), 61 (39,35%) surveillaient l'évolution de l'abcès (contre 163 (42,01%) de la population médicale, $p = 0,5703$).

En revanche, ils ne traitaient pas plus par antibiotique puisque 64 (41,29%) initiaient une antibiothérapie contre 140 (36,08%) de la population médicale ($p = 0,2578$).

Ils présentaient par ailleurs plus de freins à la prise en charge ambulatoire, puisqu'ils étaient au nombre de 79 (50,97%) à se déclarer inquiets concernant la réalisation de petite chirurgie au cabinet (contre 94 (24,23%) de la population médicale, $p = 1,541^e-9$), 64 (41,29%) estimaient méconnaître la pathologie (contre 79 (20,36%) de la population médicale d'étude, $p = 5,708^e-7$), 46 (29,68%) étaient en difficulté pour reconnaître quand inciser les abcès (contre 76 (19,59%) de la population médicale, $p = 0,0110$).

L'ensemble des données concernant les différences entre la population médicale et les médecins n'incisant jamais sont synthétisées dans le tableau 7. Les résultats statistiquement significatifs sont soulignés

Variable	Oui	Non	p
Vous adressez le patient aux urgences ou à une consultation spécialisée			NA
Population			$p = 7,065^e-6$
Médicale	105 (27,06%)	283 (72,94%)	
N'incisant jamais	73 (18,81%)	82 (21,13%)	
Variable	Oui	Non	p
Vous surveillez l'évolution			NA
Population			$p = 0,5703$
Médicale	163 (42,01%)	225 (65,72%)	
N'incisant jamais	61 (15,72%)	94 (24,23%)	
Variable	Oui	Non	p
Vous débutez un traitement antibiotique			NA
Population			$p = 0,2578$
Médicale	140 (36,08%)	248 (63,92%)	
N'incisant jamais	64 (16,49%)	91 (23,45%)	
Variable	Oui	Non	p
Inquiétude quant à la réalisation de petits gestes de chirurgie au cabinet			NA
Population			$p = 1,541^e-9$
Médicale	94 (24,23%)	294 (75,77%)	
N'incisant jamais	79 (20,36%)	76 (19,59%)	
Variable	Oui	Non	p
Méconnaissance de la pathologie			NA
Population			$p = 5,708^e-7$
Médicale	79 (20,36%)	309 (79,64%)	
N'incisant jamais	64 (16,49%)	91 (23,45%)	
Variable	Oui	Non	p
Difficulté à reconnaître quand inciser			NA
Population			$p = 0,0110$
Médicale	76 (19,59%)	312 (80,41%)	
N'incisant jamais	46 (11,86%)	109 (28,09%)	

Tableau 7 – Caractéristiques de la population médicale d'étude par rapport à la population des médecins n'incisant jamais

III DISCUSSION

A. APPORTS DE L'ETUDE

1. PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

Cette étude révèle un nombre trop important de prescription d'antibiotiques pour une pathologie qui n'en requière que très ponctuellement. Dans le cas clinique présenté, la lésion était littéralement identifiée comme étant un abcès non compliqué sur le plan locorégional ou général.

Plus d'un tiers des médecins répondants ont prescrit une antibiothérapie dans ce cas précis, quand bien même les recommandations actuelles sont en faveur d'un traitement chirurgical « sans administrer d'antibiotiques »(4)(14)(15)(16).

Or, il a été établi par l'Institut de Veille Sanitaire que « toute utilisation d'antibiotiques, en médecine humaine ou vétérinaire, a un impact sur l'évolution de l'écologie bactérienne et sur l'émergence de résistances »(17), et que « l'augmentation des résistances bactériennes représente une menace de santé publique avec un nombre croissant de situations d'impasse thérapeutique »(18).

Ainsi, la « prescription inappropriée des antibiotiques [est une] source de pression de sélection qui aboutit à l'émergence de résistances bactériennes et retentit sur la flore commensale »(18).

Dans le cas présent, s'agissant d'un abcès unique non compliqué et accessible à la chirurgie, il n'y avait donc pas indication à mettre en place un traitement antibiotique, y compris chez l'enfant de plus de trois mois(11)(19).

Plus inquiétant, près d'un médecin sur cinq prescrivait cet antibiotique comme traitement de l'abcès. Or, si les données de diffusion au sein des abcès des tissus mous sont inexistantes, des données- aujourd'hui anciennes - sur le traitement des abcès spléniques par « antibiotique seul serait associé à une mortalité de 30% à 80% »(20)(21), alors que le « drainage percutané sous guidage ultrasonore ou tomodensitométrie est associé à une [...] mortalité [...] de moins de 1% »(21).

Concernant les abcès spléniques, « les microorganismes les plus fréquemment rencontrés sont les cocci à Gram positifs (staphylocoques et

streptocoques) »(20)(21). Pour le cas des abcès cutanés, « Staphylococcus aureus est la bactérie le plus souvent responsable des infection des parties molles»(2).

Par analogie, on ne peut que supposer que les antibiotiques communément prescrits contre les staphylocoques que sont les Bêta-lactamines, Synergistines, Lincosamides, etc, inefficaces sur les abcès de la rate, ne sont guère plus efficaces seuls sur les abcès cutanés.

Nombreux auteurs s'accordent à dire que « le traitement [de l'abcès cutané] est essentiellement chirurgical »(14)(15)(16)(22).

Ces prescriptions inappropriées et inefficaces exposent donc à trois écueils majeurs que sont l'échec du traitement, le risque de complication et le risque d'antibiorésistance.

Deux points positifs ressortent de cette étude.

- Le premier est que six médecins sur dix prescrivent un traitement antibiotique en cas de complication de l'abcès, permettant une prise en charge adaptée. En effet, « il faut administrer empiriquement des antibiotiques par voie orale ou parentérale dès la présentation si l'enfant a moins de 3 mois ou a une cellulite connexe importante, de la fièvre ou d'autres signes systémiques de maladie »(11). « Il est [cependant] recommandé de traiter par antibiotique les infections à Staphylocoques aureus résistants à la méticilline communautaire, en complément du drainage d'un abcès, dans les circonstances suivantes : présence de signes généraux, signes locaux sévères (notamment, taille > 5 cm), immunodépression, âges extrêmes, localisation critique de l'abcès, échec du drainage, en cas de dermo-hypodermite associée à l'abcès »(8).
- Le second aspect encourageant est que moins d'un médecin sur cinq ajoute systématiquement un antibiotique à son incision.

Comme le laisse supposer une étude de 2011 de l'American Medical Association(23), la création d'un protocole permettrait probablement de décroître le mésusage des antibiotiques concernant les abcès superficiels, et ainsi de réduire une niche potentielle de résistance biologique.

Il est à noter cependant que la Haute Autorité de Santé, dans son rapport du mois de mai 2008, souligne que « l'antibiothérapie fait partie du traitement des abcès dans la maladie de Crohn »(24).

2. INCISION

Selon les résultats, près d'un médecin généraliste breton sur deux incise les abcès superficiels qu'il voit en consultation au cabinet. Néanmoins, ce chiffre doit être nuancé par le mode de recueil de données, qui expose à un important biais de sélection. En effet, seuls les volontaires ayant répondu, il s'agit vraisemblablement d'une population orientée vers la prise en charge active des abcès, et potentiellement mieux formée sur le sujet.

Du fait du peu de réponses dans les Côtes d'Armor et le Finistère, le nombre d'incisions plus important de façon significatif peut lui aussi être biaisé. En éliminant les répondants de ces deux départements, il n'était pas observé de différence statistiquement significative dans le nombre d'incisions entre l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan.

Il a été démontré par les statistiques que les médecins âgés de plus de 50 ans incisaient plus, de même que les médecins ruraux. Mais ce dernier point est biaisé par la prévalence des médecins de plus de 50 ans en milieu rural. En effet, ce sont les médecins de cette classe d'âge qui incisent le plus, indépendamment de leur type d'exercice. Cette différence pourrait être le fait de la moindre inquiétude chez cette population, peut être liée à l'expérience, à une formation plus pratique et technique durant leur parcours ou à la formation continue. Ils déclarent par ailleurs moins méconnaître cette pathologie par rapport aux médecins plus jeunes.

Cependant, même en stratifiant par âge, les médecins femmes restent moins interventionnistes lors des incisions d'abcès.

En revanche, les femmes de moins de 35 ans incisent autant que leurs confrères masculins.

L'étude retrouve 155 médecins n'incisant jamais les abcès superficiels, soit près de deux médecins sur cinq. Ces praticiens adressaient plus en consultation spécialisée et aux urgences, ce qui expose à un retard à la prise en charge, les délais de prise

en charge par les médecins spécialistes étant plus longs. Par ailleurs, l'accès au soin est rendu plus difficile, notamment pour les populations précaires ou âgées, qui se déplacent moins facilement et peuvent être éloignées des centres d'urgence et des spécialistes.

De façon positive, s'ils déclarent plus de méconnaissance et d'inquiétudes quant à la réalisation de gestes de petite chirurgie, les praticiens n'incisant pas ne prescrivent pas plus d'antibiotiques.

Moins de 10% des répondants ne voyaient pas d'indication à inciser dans ce cas clinique, ce qui est plutôt un signe d'une bonne connaissance globale de la pathologie et des critères devant faire inciser.

Evoquant le cas des abcès liés à la vaccination BCG (Bacille de CALMETTE et GUERIN), il est à noter que la Haute Autorité de Santé, dans son rapport du mois de Décembre 2007, souligne que « l'évolution se fait dans la quasi-totalité des cas vers la guérison spontanée au bout de quelques mois »(25), et qu'il faut « envisager, si nécessaire, son incision si sa taille excède 3 cm et/ou s'il entraîne une gêne fonctionnelle »(25).

3. FREINS A LA PRISE EN CHARGE DES ABCES

C'est l'inquiétude à la réalisation de petits gestes de chirurgie qui prédomine en ce qui concerne les freins, notamment chez les plus jeunes et chez les femmes. Cet élément pourrait être le fait du manque d'expérience chez les moins de 35 ans, et d'une moindre habitude à la réalisation de ce geste concernant les médecins femmes. Vient ensuite la méconnaissance de la pathologie, et paradoxalement, la difficulté à reconnaître quand inciser. Pourtant, si un médecin sur cinq se demande quand inciser, seul un sur dix n'avait pas retrouvé ici d'indication à inciser. Cet élément est en faveur d'un manque de confiance des médecins en leurs compétences, puisque ils sont en capacité de poser l'indication d'incision lorsque celle-ci se présente.

Il est pourtant tout à fait possible de traiter les abcès en cabinet libéral, « les infections cutanées peuvent être traitées en ambulatoire, avec incision et drainage »(4).

A souligner que ces freins seraient accessibles à une formation rapide via une fiche de recommandation. Une fois levés, ils offriraient une meilleure prise en charge d'une pathologie souvent douloureuse et à risque de complication, un meilleur accès aux soins, et une baisse sensible des prescriptions d'antibiotiques.

4. MECHAGE ET PRELEVEMENT

Un quart des médecins mènent les abcès. Un article publié en 2009 montre que « l'absence de méchage des abcès cutanés simples n'a pas entraîné une plus grande morbidité et les patients non méchés ont signalé moins de douleur et consommé moins de médicaments que ceux qui ont été méchés »(26). Il est à noter que cette étude en simple aveugle avait associé systématiquement le drainage/lavage de l'abcès à une antibiothérapie par Triméthoprime-Sulfaméthoxazole. Cette donnée incite bien sûr à la prudence, mais doit faire s'interroger sur le méchage systématique des abcès superficiels.

Cependant, une seconde étude de juin 2012 démontre que « le méchage des plaies ne semble pas avoir d'impact significatif sur le taux d'échec ou de récurrence après une simple incision/drainage de l'abcès »(27), tout en précisant néanmoins que « des études plus importantes sont nécessaires pour valider l'équivalence de ces deux stratégies »(27). Il n'avait pas été noté de morbidité supérieure par cette étude, contrairement à la précédente, et les traitements antibiotiques n'avaient pas été systématiques.

Cette pratique semble donc aujourd'hui inutile, voire même délétère. Elle est plus coûteuse en temps paramédical et sur le plan financier. Il apparaît donc raisonnable de ne plus l'encourager, mais une étude de plus ample puissance serait nécessaire pour évaluer cette recommandation.

Concernant la bactériologie, de nombreuses recommandations américaines font état d'un recours facile aux prélèvements de pus, à la recherche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline. En effet, il est précisé que « la culture du pus des furoncles et abcès est recommandé, mais le traitement sans cette étude est raisonnable dans les cas typiques »(16).

Chez nos voisins Anglais, « les cultures doivent être effectuées s'il y a un risque de présence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, des abcès récurrents, une notion de contagion familiale ou une infection sévère. [...] Il ne faut pas faire de cultures en routine pour les patients présentant des infections cutanées mineures ou sans antécédents de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline »(14).

Chez l'enfant en France, « les prélèvements bactériologiques doivent être systématiques »(28). Cette recommandation est identique au Canada où « il faut toujours faire une culture de l'écoulement ou du pus provenant d'un abcès cutané infecté, car c'est le seul moyen de dépister le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline avec fiabilité »(11).

Ils sont également recommandés dans le cas particulier des abcès récidivants(29).

Les études américaines sont régulièrement en faveur de prélèvement, mais il faut tempérer cela à une plus grande prévalence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (aux alentours de 59%)(30)(31) par rapport à la France (3,6%)(31). Par ailleurs, le traitement antibiotique n'étant nécessaire qu'en cas de complication, il n'apparaît pas nécessaire de réaliser systématiquement des prélèvements en pratique courante chez l'adulte immunocompétent en l'absence de signe de complication.

B. LIMITES DE L'ETUDE

Concernant les limites de cette étude, il faut admettre plusieurs biais de sélection.

Tout d'abord, il est coutumier que les répondants soient majoritairement des personnes intéressées par le sujet du questionnaire, et habiles dans le domaine d'étude. On imagine volontiers que des autocensures peuvent exister lorsque les interrogés ne maîtrisent pas un sujet, et qu'un médecin ne prêtant pas d'intérêt au sujet prendra moins facilement le temps nécessaire au remplissage du questionnaire. Ce dernier point est à nuancer en Ile-et-Vilaine, dans le sens où les médecins répondant faisaient tous partis d'une liste de volontaires pré établie par le conseil départemental de l'Ordre des médecins. Malgré cela, sur les 824 inscrits en Ile-et-Vilaine, il n'a été retourné que 279 réponses, soit un tiers des médecins pourtant volontaires. Ce phénomène peut vraisemblablement s'expliquer par un

épuisement de l'intérêt lié à la multiplication des études par questionnaire en ligne, comme le soulignait l'un des médecins ayant refusé de me répondre pour ce motif.

Ensuite, les personnes touchées par le questionnaire étaient plutôt, de fait, à leur aise sur internet.

Il est également à noter que très peu de réponses sont parvenues des Côtes d'Armor et du Finistère, et que certaines d'entre elles proviennent d'entorses au protocole de recrutement. En effet, devant le peu de retours, j'ai appelé personnellement les secrétaires d'un cabinet dans chacun des deux départements, sélectionné au hasard sur le seul motif d'être un cabinet de groupe. Les médecins de ces regroupements ont ensuite répondu à leur bon vouloir, après envoi du courriel sur la boîte du cabinet. Les réponses sont donc peu interprétables concernant ces deux départements.

Rétrospectivement, il aurait également été intéressant de savoir quels sont les facteurs favorisant conduisant les médecins à inciser les abcès.

IV CONCLUSION

La prise en charge ambulatoire des abcès superficiels par les médecins généralistes, selon le respect des recommandations, signifie plus que le traitement d'une pathologie unique. Elle englobe le problème de la réalisation par les omnipraticiens d'actes de petite chirurgie et la réappropriation du soin technique médical, celui de l'accès au soin des populations les plus isolées, ainsi que celui de l'antibiorésistance.

Cette étude démontre que bon nombre de médecins incisent les abcès, mais surtout qu'il y a trop de prescriptions d'antibiotiques inutiles. Une meilleure formation ou une fiche conseil permettrait de favoriser la prise en charge ambulatoire des abcès, d'en améliorer l'évolution et le traitement, et d'éliminer une niche de prescriptions d'antibiotiques souvent inutile. Les abcès sont certes peu courants, et l'élimination des antibiotiques inadaptés dans leur traitement représente sans doute un impact mineur par rapport aux excès dans d'autres pathologies, mais le combat contre l'antibiorésistance est un enjeu majeur de la médecine actuelle, et chaque petite victoire semble aujourd'hui plus encore, l'un des enjeux de santé publique majeur de notre siècle.

Par ailleurs, la réalisation d'actes de petite chirurgie paraît indispensable aujourd'hui, devant la rareté des médecins spécialistes, et la difficulté liée à la surcharge chronique des services d'urgence.

Autre fait notable positif : si les jeunes médecins pratiquent moins d'incisions que leurs aînés, les femmes incisent aujourd'hui autant que leurs confrères masculins. Cet élément, loin d'être anecdotique, se lie à l'image qui se doit d'être irréprochable du médecin. En 2015 en France, 43,46% des médecins (toutes spécialités confondues) étaient des femmes (32), suivant une courbe en constante augmentation. Il apparaît donc que la parité qui se retrouve dans les pratiques semble se dessiner dans les chiffres.

Imprimé n° 4

EMBED
MSPhotoEd.3Scolarité médecine 3^{ème}
cycle

FACULTE DE MEDECINE

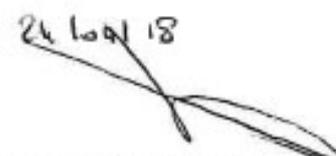
NOM et Prénom : BARTOLOMEO Nicolas

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

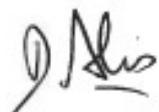
(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Qualité de la prise en charge des abcès superficiels par les médecins généralistes en r
Bretagne, intérêt d'une formation.

Rennes, le 24 Mai 18  Le Directeur de thèse	Rennes, le 27/01/2018  Le Président de jury
--	--

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le - 2 MAI 2018 	Le Président de l'Université de Rennes1 
--	---

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. QUEVAUVILLIERS J. Abcès, définition. MASSON; 2007.
2. Infections aiguës des parties molles, item 207 [Internet]. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/sem05/item_207.pdf
3. OMG - Données [Internet]. [cité 4 mai 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
4. Abcès cutané : antibiothérapie après incision et drainage chez l'enfant ? [Internet]. MinervaWebsite. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/303>
5. Abcès cutané : incision, méchage/packing et loop drainage [Internet]. thoracotomie. 2014 [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <https://thoracotomie.com/2014/02/04/abces-cutane-incision-mechage-packing-et-loop-drainage/>
6. GUIDE BELGE DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX EN PRATIQUE AMBULATOIRE [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/antibioticagids_fr.pdf
7. Clindamycine et co-trimoxazole : même intérêt pour les infections cutanées non compliquées [Internet]. MinervaWebsite. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/1136>
8. Haut conseil de la santé publique, commission spécialisée Sécurité des Patients infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques, RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE ET LA PRÉVENTION DES INFECTIONS CUTANÉES LIÉES AUX SOUCHES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANTS À LA METICILLINE COMMUNAUTAIRES (SARM CO). Déc 2009.
9. Prise en charge des abcès locaux et des adénopathies consécutifs à la vaccination BCG [Internet]. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/409fce25a4a161517fb85ed7b95bd79a.pdf
10. guide_medecin_crohn_web.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/guide_medecin_crohn_web.pdf
11. Robinson JL, Salvadori MI. La prise en charge des abcès cutanés à Staphylococcus aureus méthicillino-résistant d'origine non nosocomiale chez les enfants. Paediatr Child Health. févr 2011;16(2):117-8.

12. RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE ET LA PRÉVENTION DES INFECTIONS CUTANÉES LIÉES AUX SOUCHES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS R [Internet]. [cité 3 mai 2017]. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AHgXQEkeVGUJ:www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091020_previncutsarm.pdf+&cd=8&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
13. Données par pathogène / Résistance aux anti-infectieux / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Resistance-aux-anti-infectieux/Donnees-par-pathogene>
14. Nathwani D, Morgan M, Masterton RG, Dryden M, Cookson BD, French G, et al. Guidelines for UK practice for the diagnosis and management of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infections presenting in the community. *J Antimicrob Chemother.* 1 mai 2008;61(5):976-94.
15. Rajendran PM, Young D, Maurer T, Chambers H, Perdreau-Remington F, Ro P, et al. Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Cephalexin for Treatment of Uncomplicated Skin Abscesses in a Population at Risk for Community-AcquiredMethicillin-Resistant Staphylococcus aureus Infection. *Antimicrob Agents Chemother.* nov 2007;51(11):4044-8.
16. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the InfectiousDiseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 15 juill 2014;59(2):e10-52.
17. Institut de veille sanitaire, Rabaud C. Surveillance de la consommation et de la résistance aux antibiotiques. *Bull Epidémiol Hebdo.* 2012;42-3.
18. conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
19. pédiatrie S canadienne de. Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.cps.ca/fr/documents/position/abcscutanee-a-Staphylococcus-aureus-methicillinoresistant>
20. Davido B, Dinh A, Rouveix E, Crenn P. Abcès de la rate : du diagnostic au traitement. *Rev Médecine Interne.* 2017;38:614-8.
21. Burnier C, Ribordy-Budat V, Lamy O. Abcès splénique : étiologie, diagnostic et possibilités thérapeutiques. *Praxis.* 2007;96:1731-5.
22. Infection cutanéomuqueuse et des phanères, bactériennes et mycosiques, de l'adulte et de l'enfant [Internet]. [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue6-152-web.pdf>

23. Jenkins TC, Knepper BC. Decreased Antibiotic Utilization After Implementation of a Guideline for Inpatient Cellulitis and Cutaneous Abscess. *Arch Intern Med.* juin 2011;171(12):1072-9.
24. HAS, André M, Beaugerie L. GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE Maladie de Crohn. 2008.
25. HAS, Andrejak M, Aigrain Y. Prise en charge des abcès locaux et des adénopathies consécutifs à la vaccination BCG. 2008.
26. O'Malley G., Dominici C. Le méchage systématique des abcès cutanés simples est douloureux et probablement inutile [Internet]. 2009 [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Le-mechage-systematique-des-abces.html>
27. Kessler DO, Krantz AB. Randomized Trial Comparing Wound Packing to No Wound Packing Following Incision and Drainage of Superficial Skin Abscesses in the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care.* juin 2012;28(6):514-7.
28. Gonnelli D, Degardin N, Guidicelli T, Magalon G, Bardot J. Prise en charge chirurgicale des infections cutanées communes de l'enfant. *Arch Pédiatrie.* 1 sept 2010;17(9):1373-9.
29. N. Sène et V. Del Marmol. Abscès cutanés multiples et récidivants : approche diagnostique. juin 2016; *Rev Med Brux*-2017:26-32.
30. Kombate K, Dagnra A. Prévalence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) au cours des infections cutanées communautaires à Lomé (Togo). *Méd Trop.* 2011;71:68-70.
31. Boisset S. MÉCANISMES ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES RÉSISTANCES AUX ANTIBIOTIQUES CHEZ LES BACTÉRIES À GRAM POSITIF. 2013.
32. Eco-Santé France, Régions & Départements [Internet]. [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langs=FRA&langh=FRA&valeur=MDECRPTTPARFEM&source=1>

LISTE DES ABREVIATIONS

BCG :	Bacille de CALMETTE et GUERIN
CDOM :	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
ENT :	Espace Numérique de Travail
SAMS :	Staphylococcus Aureus Sensible à la Méricilline
SARM :	Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline

ANNEXES

A MAQUETTE DE FICHE CONSEIL CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES ABCES SUPERFICIELS A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES.

*Prendre en charge un abcès cutané superficiel en ambulatoire,
c'est facile !*

1. Quels abcès traiter en ambulatoire ?
 - Les abcès inférieurs à 5 cm, **collectés**.
 - Le traitement de l'abcès est essentiellement **chirurgical**(1-3)
 - Les traitements anticoagulants ne sont pas une contre indication au geste (4)

2. Quelles sont les indications à une prise en charge hospitalière ?
 - En cas de lésion sévère, de co-morbidité , d'un âge < 6 mois, une référence hospitalière s'impose.(5)
 - En cas d'abcès bordant un **axe vasculaire ou nerveux important**, l'incision doit être prudente (6), ou réalisée en milieu hospitalier.
 - Abcès ano-périnéaux, notamment dans la maladie de Crohn.(7)

3. Quel matériel avoir au cabinet ?
 - Bistouri stérile
 - Gants stériles
 - Compresse stériles
 - Pince stérile courbe et sans griffe (Kelly)
 - Solution antiseptique (Chlorexidine, polyvidone iodée...)
 - Anesthésique local (Lidocaïne, Chlorure d'éthyle)
 - Seringue 5 ou 10ml(6)
 - Aiguille d'injection sous cutané si anesthésique injectable
 - Kits de prélèvement le cas échéant

4. Quand inciser ?
 - L'abcès évolue en deux phases, la phase phlegmoneuse et la phase collectée. C'est lors de cette **phase collectée qu'il faut inciser**. L'abcès est alors caractérisé par une nécrose suppurée, circonscrite, et une masse liquidienne bien définie. Il est **fluctuant**, érythémateux et inflammatoire, et devient alors chirurgical.(8)(6)

5. Que faire si l'abcès n'est pas collecté ?
 - L'application de compresses humides chaudes (4) ou d'antiseptique local sont régulièrement utilisées, en l'absence d'étude.
 - Les formes précoces vues en phase inflammatoire peuvent bénéficier d'une antibiothérapie d'attente, visant le staphylocoque (oxacilline, Amoxicilline-Acide clavulanique...)(4). Cette seconde pratique, empirique également, n'est pas validée scientifiquement. Au vu des recommandations sur le bon usage des antibiotiques, (9) il apparaît raisonnable de favoriser la première solution.

6. L'incision étape par étape

- 1°/**Désinfection** des mains avec une solution hydroalcoolique à séchage rapide
- 2°/Port de gants stériles
- 3°/**Désinfection** de la surface cutanée avec un antiseptique (dérivé iodé, chlorhexidine, alcool, dérivé chloré) et laisser sécher
- 4°/**Anesthésie locale** au toit de l'abcès avec une cryoanesthésie (chlorure d'éthyle) ou des anesthésiques classiques (lidocaïne, xylocaïne)
- 5°/ **Incision franche et large** de l'abcès à l'aide d'un bistouri à lame 11. Le tégument peut être très épaissi.
- 6°/Si indication, collecter le pus au niveau de l'incision réalisée avec un écouvillon (eSwab ou sur milieu AMIES) et/ou le ponctionner avec une seringue stérile rebouchée de manière hermétique
- 7°/**Drainage et vidange de l'abcès** par des pressions en périphérie de la zone fluctuante
- 8°/Dissection au doigt ou à la **pince sans griffe** de la cavité de l'abcès
- 9°/**Lavage abondant** à la seringue au sérum physiologique ou avec un antiseptique type polyvidone iodée ou chlorhexidine(4)(6)(8)
- Couvrir d'un pansement sec
- Soins locaux et surveillance infirmière

7. Faut-il prélever ?

- Oui, si suspicion de SARM(1)
- Oui, si abcès récidivants (1)(8)
- Oui, si complications (1)(4)
- Oui, chez l'enfant (10)(11)
- Chaque médecin peut réaliser dans son cabinet et avec le matériel adéquat les premiers prélèvements de pus.(8)

8. Faut-il mécher ?

- Si nombre d'auteurs méchant systématiquement les abcès, de nouvelles études montrent que **le méchage est douloureux et inutile.** (12)(13)

9. Quels soins apporter ?

- Les soins locaux sont communément admis après l'incision des abcès. La surveillance et les soins locaux se font en règle générale par un Infirmier Diplômé d'Etat, et consistent en un lavage et une cicatrisation dirigée favorisant le comblement de la plaie par le bas, en évitant que celle-ci ne se referme trop tôt. Encore une fois, il n'est pas retrouvé d'étude en ce sens.

10. Quand introduire des antibiotiques ?

- Ils ont **très peu de place** dans le traitement des abcès, et doivent être réservés aux cas indiqués (1)(3)(5)(11)
- L'antibiothérapie fait partie du traitement des abcès dans la **maladie de Crohn**(7)
- En cas de **complications** loco-régionales, ou d'abcès > 5cm (1)(14)
- En cas de signe **d'immunodépression**, de **signes généraux**, ou **d'âge extrême** (dont inférieur à 3 mois) (11)(15)
- En cas d'échec de traitement, localisation critique, dermo-hypodermite (14)

11. Bibliographie (Fiche conseil)

1. Nathwani D, Morgan M, Masterton RG, Dryden M, Cookson BD, French G, et al. Guidelines for UK practice for the diagnosis and management of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infections presenting in the community. *J Antimicrob Chemother.* 1 mai 2008;61(5):976-94.
2. Rajendran PM, Young D, Maurer T, Chambers H, Perdreau-Remington F, Ro P, et al. Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Cephalexin for Treatment of Uncomplicated Skin Abscesses in a Population at Risk for Community-Acquired Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Infection. *Antimicrob Agents Chemother.* nov 2007;51(11):4044-8.
3. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. 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.* 15 juill 2014;59(2):e10-52.
4. Abcès cutané : incision, méchage/packing et loop drainage [Internet]. thoracotomie. 2014 [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <https://thoracotomie.com/2014/02/04/abcès-cutané-incision-mechage-packing-et-loop-drainage/>
5. Abcès cutané : antibiothérapie après incision et drainage chez l'enfant ? [Internet]. MinervaWebsite. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/303>
6. Diagnostiquer_traiter3-3.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: http://ifmt.auf.org/IMG/pdf/Diagnostiquer_traiter3-3.pdf
7. HAS, André M, Beaugerie L. GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE Maladie de Crohn. 2008.
8. N. Sène et V. Del Marmol. Abcès cutanés multiples et récidivants : approche diagnostique. juin 2016; *Rev Med Brux*-2017:26-32.
9. conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
10. Gonnelli D, Degardin N, Guidicelli T, Magalon G, Bardot J. Prise en charge chirurgicale des infections cutanées communes de l'enfant. *Arch Pédiatrie.* 1 sept 2010;17(9):1373-9.
11. Robinson JL, Salvadori MI. La prise en charge des abcès cutanés à *Staphylococcus aureus* méthicillino-résistant d'origine non nosocomiale chez les enfants. *Paediatr Child Health.* févr 2011;16(2):117-8.
12. O'Malley G., Dominici C. Le méchage systématique des abcès cutanés simples est douloureux et probablement inutile [Internet]. 2009 [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.cnr.fr/Le-mechage-systematique-des-abcès.html>
13. Kessler DO, Krantz AB. Randomized Trial Comparing Wound Packing to No Wound Packing Following Incision and Drainage of Superficial Skin Abscesses in the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care.* juin 2012;28(6):514-7.
14. Haut conseil de la santé publique, commission spécialisée Sécurité des Patients infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques, RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE ET LA PRÉVENTION DES INFECTIONS CUTANÉES LIÉES AUX SOUCHES DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RÉSISTANTS À LA METICILLINE COMMUNAUTAIRES (SARM CO). Déc 2009.
15. pédiatrie S canadienne de. Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.cps.ca/fr/documents/position/abcès-cutanés-a-Staphylococcus-aureus-méthicillino-résistant>

Modalités de prise en charge des abcès superficiels par les Médecins Généralistes Bretons

Les recommandations concernant le traitement des abcès superficiels en médecine ambulatoire sont peu précises et cette pathologie relativement fréquente entre en résonance avec les prescriptions d'antibiotiques et l'enjeu majeur d'antibiorésistance.

Ce questionnaire vise à évaluer la prise en charge par les Médecins Généralistes Bretons de cette pathologie dont la prévalence en France en 2009 était de 8,9 par Médecin Généraliste.

Chers Docteurs,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en Médecine Générale, je souhaite étudier la pratique des Médecins Généralistes Bretons concernant la prise en charge des abcès superficiels.

En ayant l'amabilité de prendre **2 à 3 minutes** pour répondre à ce court questionnaire, vous participeriez à une meilleure compréhension de la pratique en Médecine Générale, ainsi qu'à l'élaboration d'une fiche de recommandations claire et adaptée sur la prise en charge de cette pathologie.

Il y a 8 questions dans ce questionnaire.

Remarque sur la protection de la vie privée

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

Faisons connaissance

Vous êtes :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Une femme

Un homme

Vous êtes âgé de :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

moins de 35 ans

entre 35 et 50 ans

plus de 50 ans

Vous exercez dans le département :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

des Côtes d'Armor

du Finistère

de l'Ille-et-Vilaine

du Morbihan

Vous exercez :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

en milieu rural

en milieu semi-rural

en ville

Cas clinique



Cette photographie illustre un abcès cutané superficiel très douloureux, fluctuant, cerné de tissu inflammatoire infiltré, évoluant depuis quelques jours. La zone fluctuante est de 2cm. Absence de complication locorégionale et générale.

Concernant la prise en charge de cette lésion dans votre cabinet et de manière générale (plusieurs réponses possibles) :

Cochez la ou les réponses

vous les incisez

vous prescrivez une antibiothérapie

vous adressez le patient aux urgences ou à une consultation spécialisée

vous revoyez le patient quelques jours plus tard pour surveiller l'évolution

Autre :

Si vous incisez ces abcès, de manière générale (plusieurs réponses possibles) :

Cochez la ou les réponses

vous les méchez

vous effectuez un prélèvement

vous revoyez le patient en consultation de surveillance

vous n'incisez jamais ce type de lésion

Autre :

Si vous n'incisez pas ce type de lésion (plusieurs réponses possibles) :

Cochez la ou les réponses

manque de matériel

manque de temps

méconnaissance concernant la prise en charge des abcès superficiels

Difficulté à reconnaître quand inciser l'abcès

inquiétude quant à la réalisation de gestes de petite chirurgie au cabinet

dans ce cas clinique, il n'y a pas d'indication à l'incision

vous incisez systématiquement les abcès mûrs

Autre :

Quels éléments expliquent le cas échéant votre prescription d'antibiotiques ? (plusieurs réponses possibles)

Cochez la ou les réponses

prescription systématique en plus de l'incision

prescription systématique comme traitement des abcès cutanés superficiels

prescription en cas de complication locale ou régionale de la lésion (érysipèle, fièvre, ...)

vous ne prescrivez jamais d'antibiotiques dans ce contexte

Autre :

BARTOLOMEO Nicolas

Qualité de la prise en charge des abcès superficiels par les médecins généralistes en région Bretagne, intérêt d'une formation.

71 feuilles, 1 illustration, 27 graphiques, 7 tableaux, 30 cm.

- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2018 ; N° .

INTRODUCTION : Les abcès superficiels représentent un motif de consultation régulier en médecine générale, nécessitant un peu de pratique pour une prise en charge optimale. Si leur traitement est relativement protocolisé, qu'en est-il réellement en pratique ? L'objectif de notre étude est de déterminer quelle est la pratique des médecins généraliste en région Bretagne concernant la prise en charge des abcès superficiels.

METHODE : Il s'agit d'une étude quantitative prospective à destination des médecins généralistes bretons. Nous avons inclus 388 médecins généralistes et avons étudié leur prise en charge concernant les abcès superficiels à partir d'un questionnaire en ligne.

RESULTATS : Parmi les 388 médecins ayant répondu entre le 15 septembre et le 25 novembre 2017, 140 (36,08%) prescrivaient un antibiotique, 195 (50,26%) incisaient. Les médecins les plus âgés incisaient plus ($p < 0,05$), en accord avec les recommandations. De même, ils adressaient moins souvent les patients à des spécialistes ($p > 0,05$). En revanche, les prescriptions d'antibiotiques étaient statistiquement les mêmes dans chacun des différents groupes.

CONCLUSION : Cette étude montre un nombre de prescription d'antibiotiques trop important et trop peu d'incisions des abcès superficiels, engendrant un retard à une prise en charge efficace des abcès des tissus mous. Il conviendrait de rassurer les médecins généralistes sur la réalisation d'incisions au cabinet, et de rappeler les protocoles de prise en charge des abcès superficiels.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Abcès superficiels, abcès des tissus mous, abcès superficiels, prise en charge ambulatoire.

Président : Monsieur le Professeur Vincent CATTOIR

JURY :
Assesseurs : Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY
Monsieur le Docteur Nicolas BERTHEUIL
Monsieur le Docteur Michel TUAL
Monsieur le Docteur Hervé VAAST