



Faculté de médecine

Année 2017/2018

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Agathe BOGGIO**

Né(e) 02/07/1990 à Dreux (28)

---

#### TITRE

**EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA PRISE EN CHARGE DES ABCES AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE TOURS**

---

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Mehdi OUAISSI, Chirurgie digestive, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Laurent MACHET, Dermatologie et vénéréologie, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Noël HUTEN, Chirurgie digestive, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL, Gastro-entérologie et hépatologie, Faculté de Médecine - Tours

**Directeur de thèse : Docteur Sophie Vannier, Médecine Générale – CHU Tours**

**UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

**Pr Henri MARRET**

**ASSESEURS**

**Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie**

**Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales**

**Pr Hubert LARDY, Moyens—relations avec l'Université**

**Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale**

**Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue**

**Pr Patrick VOURET, Recherche**

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

**Mme Fanny BOBLETER**

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

**Pr Emile ARON (†) - 1962-1966**

**Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962**

**Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972**

**Pr André GOUAZE - 1972-1994**

**Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004**

**Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014**

**PROFESSEURS EMERITES**

**Pr Daniel ALISON**

**Pr Philippe ARBEILLE**

**Pr Catherine BARTHELEMY**

**Pr Christian BONNARD**

**Pr Philippe BOUGNOUX**

**Pr Alain CHANTEPIE**

**Pr Pierre COSNAY**

**Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL**

**Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN**

**Pr Alain GOUDEAU**

**Pr Noël HUTEN**

**Pr Olivier LE FLOCH**

**Pr Yvon LEBRANCHU**

**Pr Elisabeth LECA**

**Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

**Pr Gérard LORETTE**

**Pr Roland QUENTIN**

**Pr Alain ROBIER**

**Pr Elie SALIBA**

**PROFESSEURS HONORAIRES**

**P. ANTHONIOZ — A. AUDURIER — A. AUTRET — P. BAGROS — P. BARDOS — J.L. BAULIEU — C. BERGER — J.C. BESNARD — P. BEUTTER — P. BONNET — M. BROCHIER — P. BURDIN — L. CASTELLANI — B. CHARBONNIER — P. CHOUTET — T. CONSTANS — C. COUET - J.P. FAUCHIER — F. FETISSOF — J. FUSCIARDI — P. GAILLARD — G. GINIES — A. GOUAZE — J.L. GUILMOT — M. JAN — J.P. LAMAGNERE — F. LAMISSE — Y. LANSON — J. LAUGIER — P. LECOMTE — E. LEMARIE — G. LEROY — Y. LHUINTE — M. MARCHAND — C. MAURAGE — C. MERCIER — J. MOLINE — C. MORAIN — J.P. MUH — J. MURAT — H. NIVET — L. POURCELOT — P. RAYNAUD — D. RICHARD-LENOBLE — J.C. ROLLAND — D. ROYERE - A. SAINDELLE — J.J. SANTINI — D. SAUVAGE — D. SIRINELLI — B. TOUMIEUX — J. WEILL**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ..	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOUIROUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
POTIER Alain.....	Médecine Générale
ROBERT Jean.....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

BAKHOS David .....	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Néphrologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse .....	Médecine Générale
MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

RUIZ Christophe .....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### **Pour l'Ecole d'Orthophonie**

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

### **Pour l'Ecole d'Orthoptie**

LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

### **Pour l'Éthique Médicale**

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## **Remerciements**

### **A mon Président de thèse,**

Monsieur le Professeur Ouaisi

Pour avoir accepté de juger ce travail et de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

### **A ma Directrice de thèse,**

Madame le Docteur S. Vannier

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour ton expertise et tes précieux conseils

### **Aux membres du jury,**

A Monsieur le Professeur Machel

Pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Hutten

Pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Danquechin-Dorval

Pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

### **A ma famille, à mes amis,**

A Audrey,

Merci pour ta présence à mes côtés, ton soutien constant, ta patience et tes encouragements.

A ma mère,

Merci pour ton soutien, et ta correction orthographique.

A Thierry,

Merci pour tout ton amour et tes conseils avisés.

A mes frères et sœurs, vous êtes fous mais c'est ça qui fait du bien.

A ma grand-mère, Gisèle.

Aimante et aimée.

A Marine,

Merci pour ton soutien logistique et tes encouragements.

A mes amis tourangeaux, et les expatriés

Merci pour les soirées, les fous rires. Merci pour l'entraide, pour le soutien en stage et pour le réconfort des coups de moins bien.

Merci pour tout ce qu'on a fait ensemble depuis le début de l'externat. Qu'on puisse continuer à se créer des souvenirs!

Merci à tous ceux que j'ai rencontré durant cet internat et tous ces bons moments!

# ABRÉVIATIONS

ALR : Anesthésie Loco Régionale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMF : Chirurgien Maxillo-Facial

C3G : Céphalosporine de 3ème Génération

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FIBD : foyer infectieux bucco-dentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IBPTM : Infection Bactérienne de la Peau et des Tissus Mous

IMC : Indice de Masse Corporelle

MEOPA : Mélange Équimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote

ORL : Oto-Rhino-Laryngologue

PAQ : Programme d'Amélioration de la Qualité

SASM : Staphylocoque *aureus* sensible à la Méricilline

SARM : *Staphylocoque aureus* résistant à la Méricilline

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TDM : Tomodensitométrie

UDTA : Unité de Diagnostics et Thérapeutiques Ambulatoire

# Sommaire

<b><u>Introduction</u></b>	<b>page 4</b>
<b><u>Matériel et méthode</u></b>	<b>page 5</b>
<b><u>Résultats</u></b>	<b>page 7</b>
<b>Caractéristiques de la population</b>	<b>page 7</b>
<b>Caractéristiques globales de la prise en charge des abcès</b>	<b>page 8</b>
– Durée de prise en charge des abcès aux urgences	
– Spécialistes impliqués dans la prise en charge des abcès	
– Prescriptions d’antibiotiques	
– Prescriptions d’examens d’imagerie	
– Analgésie	
<b>Efficacité de la prise en charge des abcès</b>	<b>page 15</b>
<b><u>Discussion</u></b>	<b>page 16</b>
<b><u>Conclusion</u></b>	<b>page 20</b>
<b><u>Bibliographie</u></b>	<b>page 21</b>
<b><u>Résumé</u></b>	<b>page 23</b>
<b><u>Annexes</u></b>	<b>page 24</b>

## **INTRODUCTION**

Les établissements de santé sont soumis à des évaluations dans une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins administrés aux patients. Les évaluations sur leur fonctionnement propre et les soins prodigués permettent leur certification par la Haute autorité de Santé (HAS). Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont majeures dans ces procédures de certification obligatoires et quadriennales. L'EPP est l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations, selon une méthode validée qui comporte la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

Le but est l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé (1). L'EPP, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.

Le thème d'EPP choisi doit répondre à des critères de fréquence, de gravité éventuelle pour le patient, ou être à l'origine du surcoût pour la société. Enfin il doit exister une marge d'amélioration possible.

Les EPP comprennent quatre étapes distinctes qui se succèdent (planifier, faire, vérifier puis réagir) selon le modèle proposé par DEMING (Annexe 1). Il s'agit de définir la démarche du référentiel, d'identifier les professionnels, les structures impliquées et d'organiser les étapes successives de l'étude. La pratique est mesurée puis confrontée au référentiel pour constater les écarts entre les deux. L'ultime étape est l'amélioration par les professionnels afin de réduire ces écarts.

En fonction de l'objectif visé, il est décrit quatre approches différentes. Nous avons choisi l'approche par processus. Le but est de perfectionner une prise en charge ou de contrôler les risques d'une activité ou d'un secteur par la réalisation d'un chemin clinique ou d'un programme d'amélioration continu de la qualité (PAQ). Il s'agit, soit de planifier la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant une pathologie comparable, soit d'analyser les processus de prise en charge globale existants pour les améliorer.

Les abcès sont un motif de consultation fréquent en médecine d'urgence, souvent en raison de l'intensité de la douleur. La prise en charge urgente vise alors principalement à soulager la douleur du patient. Après son passage aux urgences, le patient sera dirigé dans un second temps vers un parcours de soins plus spécialisé pour une prise en charge étiologique et thérapeutique.

Cette étude a pour but d'évaluer la prise en charge des abcès aux urgences adultes du CHU de Tours. Cette évaluation sera basée sur les durées de passage aux urgences et sur l'efficacité de la prise en charge. Cette évaluation permettra de discuter la prise en charge selon les recommandations actuelles. In fine, cette analyse contribuera à l'élaboration future de parcours de soin afin de développer des axes d'amélioration. Dans le but d'une prise en charge optimale, des critères devront être définis pour intégrer des parcours de soins et organiser les filières.

# MATERIELS ET METHODES

## Description de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique et descriptive évaluant les pratiques professionnelles de prise en charge des patients consultant aux urgences adultes de Tours pour abcès superficiel cutané ou dentaire en 2016.

## Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le temps de passage aux urgences. Ce temps de passage correspond au délai entre l'admission initiale et la sortie du service d'accueil des urgences.

Les critères secondaires étaient le délai d'évaluation par le spécialiste et l'efficacité de la prise en charge en termes d'analgésie et de récurrence.

## Recueil de données

Le recueil de données a été fait de façon rétrospective à l'aide de la lecture du dossier patient partagé. Les motifs de venue enregistrés par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) ont été analysés. L'analyse des motifs de venue a été faite grâce au logiciel de statistiques des urgences. Les motifs contenant les mots clés indexés en annexe 2 ont été retenus. Les patients dont le résumé de passage aux urgences concluait à un abcès ont été inclus. Les patients avec un diagnostic d'abcès profond ou étendu rendant impossible la prise en charge aux urgences ont été exclus. Les patients dont l'abcès était une complication d'un geste opératoire et les patients pour lequel le diagnostic d'abcès n'était finalement pas avéré à la lecture du dossier ont été également exclus. La durée de l'étude était de 12 mois, de janvier à décembre 2016.

## Caractéristiques de la population

Les caractéristiques reportées dans l'analyse sont le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle, la présence d'une comorbidité de type diabète et de tabagisme actif, la présence d'un antécédent d'abcès et la localisation des abcès. Les abcès orthopédiques sont définis par tous les abcès superficiels de la main ou du pied.

## Caractéristiques de la prise en charge des abcès

Les caractéristiques colligées dans l'étude sont le temps de passage aux urgences, la prise en charge par un médecin spécialiste, la prescription médicamenteuse d'antalgiques et d'antibiotiques et le recours à l'imagerie. Le temps de passage débute lors de l'admission administrative du patient au service des urgences et se termine lorsqu'il quitte les urgences pour son domicile ou pour un autre service du CHU. La prise en charge de l'abcès, notamment l'acte d'incision, pouvait être réalisée par un médecin urgentiste seul ou par un chirurgien spécialiste selon la localisation de l'abcès. L'acte d'incision était soit effectué en salle d'examen, aux urgences, soit au bloc opératoire.

## Efficacité de la prise en charge des abcès

L'efficacité de la prise en charge des abcès a été évaluée par l'apparition d'une récurrence à un an et par le devenir du patient c'est à dire son inscription après un passage aux urgences dans une filière spécialisée.

L'analyse de ces données s'est faite pour chaque sous-type d'abcès.

## Analyse statistique

Il s'agit d'une analyse descriptive des données recueillies (données cliniques, biologiques et thérapeutiques; informations organisationnelles).

Sur les variables quantitatives on étudiera les médianes, l'étendue et les pourcentages. Sur les données qualitatives on étudiera les pourcentages. Les analyses statistiques ont été faites grâce à la formule de Mann Whitney.

Les statistiques ont été réalisées à l'aide d'un fichier Microsoft Excel.

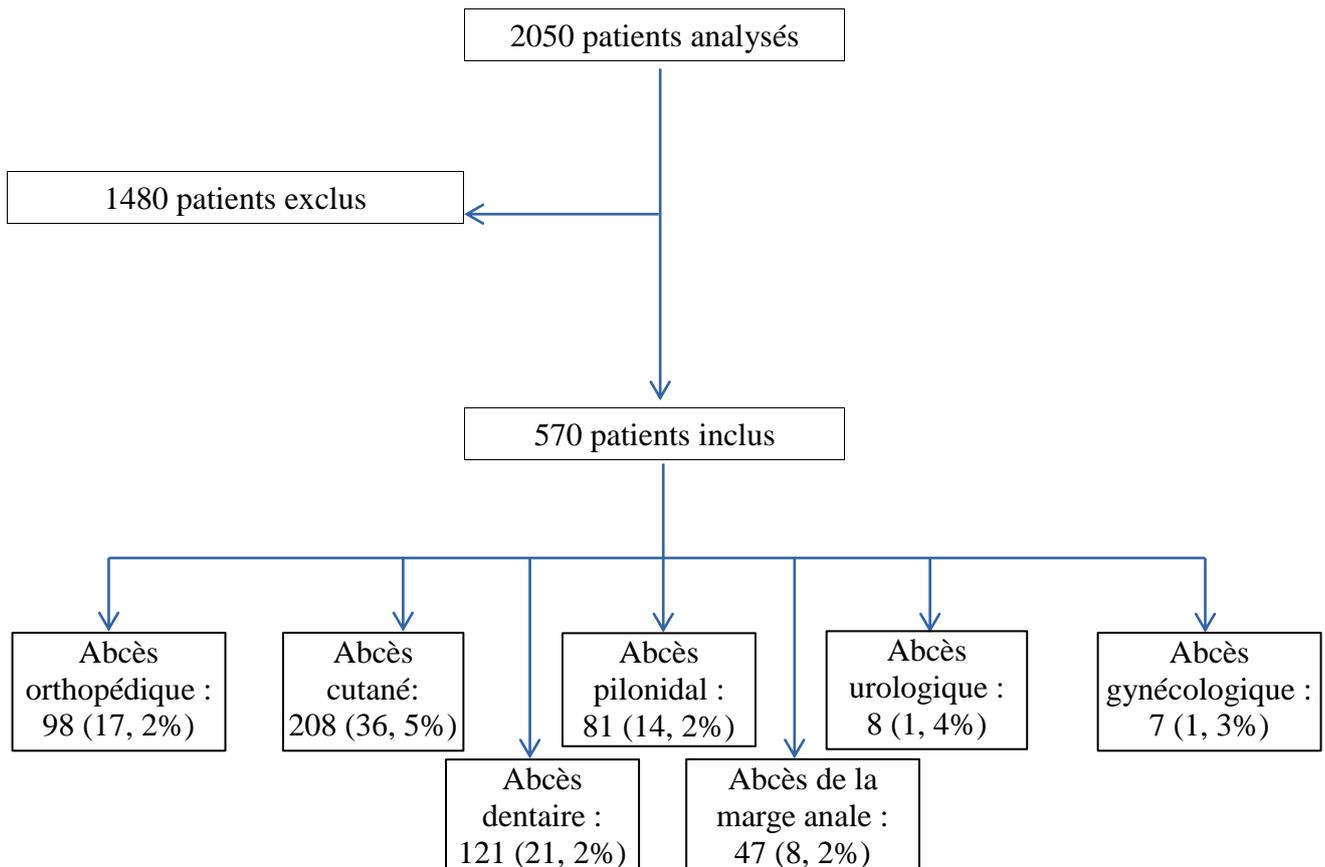
## Information et consentement

Tous les patients étaient informés du recueil des données par affichage dans le service. Le consentement écrit n'était pas requis pour cette étude. Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique a donné un avis favorable au projet de recherche n°2018-076 (annexe 3).

# RESULTATS

## Caractéristiques de la population

Nous avons analysé 2050 dossiers, Nous n'avons inclus que 570 patients, les autres ne répondant pas aux critères précités. Les abcès orthopédiques et cutanés représentaient 53,7% des abcès (figure 1). On note que plus de la moitié des patients sont fumeurs (56%). Seulement 26% des patients avaient un antécédent d'abcès du même type au moment de leur inclusion (Tableau 1).



**Figure 1** : Diagramme des flux et répartition des localisations d'abcès

**Tableau 1: Caractéristiques de la population**

	<b>N</b>	<b>Médiane</b>	<b>Extrêmes</b>
<b>Age (ans)</b>	570	34	(15 - 91)
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexe</b>			
Hommes	570	348	61
<b>Fumeurs</b>	482	270	56
<b>IMC</b>			
< 18,5	139	6	4
18,5 – 25	139	47	34
25 – 30	139	49	35
30 – 35	139	23	17
35 – 40	139	8	6
> 40	139	6	4
<b>Diabétique</b>	564	36	6
<b>Antécédent d'abcès</b>	563	144	26

## Caractéristiques globales de la prise en charge des abcès

Les caractéristiques globales de prise en charge des patients sont répertoriées en fonction du type d'abcès (Tableau 2).

**Tableau 2 : Caractéristiques globales de la prise en charge des abcès selon la localisation**

	<b>Orthopé- dique (N=98)</b>	<b>Cutané (N=208)</b>	<b>Dentaire (N=121)</b>	<b>Pilonidal (N=81)</b>	<b>Marge anale (N=47)</b>	<b>Urologi- que (N=8)</b>	<b>Gynéco- logique (N=7)</b>
<b>Durée médiane (min)</b> (EI)	155 (142)	194 (163)	200 (171)	197 (187)	237 (180)	146 (73)	177 (173)
<b>Spécialiste n (%)</b>	95 (97)	74 (36)	82 (73) <sup>a</sup>	39 (48)	46 (98)	8 (100)	5 (71)
<b>Incision<sup>b</sup> n (%)</b>	4 (4)	160 (77)	60 (50)	52 (64)	3 (6)	4 (50)	2 (29)
Sous antalgique n (%)	2 (50)	46 (29)	40 (66)	26 (50)	1 (33)	2 (50)	2 (100)
<b>Imagerie n (%)</b>	72 (73)	19 (9)	82 (68)	1 (1)	0 (0)	1 (12)	0 (0)
<b>Antibiotique n (%)</b>	44 (45)	105 (50)	105 (87)	16 (20)	23 (49)	4 (50)	3 (43)

Min: minutes ; EI écart interquartile.

<sup>a</sup> Parmi les 113 données disponibles

<sup>b</sup> Incisions réalisées en dehors des blocs opératoires (urgences ou consultation spécialisée)

## Durée de prise en charge des abcès aux urgences

Les abcès de localisation orthopédique avaient une durée de prise en charge plus courte comparée aux autres localisations. Dans un second temps, nous avons comparé les durées de prise en charge des abcès par rapport aux abcès orthopédiques. (Malgré une durée de prise en charge la plus courte, la comparaison n'a pas été faite à partir des abcès urologiques, du fait d'effectif insuffisant.) La durée de prise en charge des abcès orthopédiques est significativement plus courte que celle des abcès pilonidaux ( $p < 0,05$ ), cutanés ( $p < 0,001$ ) et dentaires ( $p < 0,05$ ).

**Tableau 3:** Comparaison des durées de prise en charge des abcès orthopédiques par rapport aux autres localisations

	<b>N</b>	<b>Médiane (min)</b>	<b>Q1 – Q3 (min)</b>	<b>p</b>
Abcès orthopédique	98	155	88 – 230	
Abcès cutané	208	194	118 – 281	<b>0,001</b>
Abcès dentaire	121	200	104 – 275	<b>0,023</b>
Abcès pilonidal	81	197	117 – 304	<b>0,038</b>
Abcès de la marge anale	47	237	189 – 369	4,98
Abcès urologique	8	146	120 – 193	0,64
Abcès gynécologique	7	177	136 – 309	0,20

*Min : minutes ; Q1 premier quartile ; Q3 troisième quartile*

## Spécialistes impliqués dans la prise en charge des abcès

Dans cette étude, nous avons étudié quel spécialiste était impliqué dans la prise en charge thérapeutique des patients, et en particulier, qui effectuait l'acte d'incision de l'abcès (tableau 4a). Les médecins urgentistes ont pris en charge 65% des abcès cutanés et 52% des abcès pilonidaux. Les chirurgiens orthopédiques ont pris en charge 98% des abcès orthopédiques. Les chirurgiens stomatologues ont pris en charge 73% des abcès dentaires. Pour les abcès dentaires, 8 dossiers étaient incomplets et ne précisaient pas l'existence ou non d'une incision.

**Tableau 4a : Spécialistes impliqués dans l'incision des abcès**

	<b>Incision <i>n</i> (%)</b>	<b>Pas d'incision <i>n</i> (%)</b>	<b>Total <i>n</i> (%)</b>
<b>Abcès orthopédiques</b>	94 (96)	4 (4)	98
Chirurgien orthopédique	92 (98)	3 (75)	95 (97)
Urgentiste	2 (2)	1 (25)	3 (3)
<b>Abcès cutanés</b>	164 (79)	44 (21)	208
Urgentiste	107 (65)	28 (64)	135 (65)
Chirurgien PMF	49 (30)	11 (25)	60 (29)
Dermatologue	2 (1)	0	2 (1)
Autre <sup>a</sup>	6 (4)	5 (11)	11 (5)
<b>Abcès dentaires</b>	77 (68)	36 (32)	113
Chirurgien stomato - PMF	70 (91)	12 (33)	82 (73)
Urgentiste	7 (9)	24 (67)	31 (27)
<b>Abcès pilonidaux</b>	54 (67)	27 (33)	81
Urgentiste	25 (46)	17 (63)	42 (52)
Chirurgien viscéral	29 (54)	10 (37)	39 (48)
<b>Abcès de la marge anale</b>	40 (85)	7 (15)	47
Urgentiste	0	1 (14)	1 (2)
Chirurgien viscéral	40 (100)	6 (86)	46 (98)
<b>Abcès urologiques</b>	6 (75)	2 (25)	8
Urologue	3 (50)	0	3 (38)
Autres <sup>b</sup>	3 (50)	2 (100)	5 (62)
<b>Abcès gynécologiques</b>	3 (43)	4 (57)	7
Gynécologue	1 (33)	3 (75)	4 (57)
Urgentiste	1 (33)	1 (25)	2 (29)
Chirurgien plastique	1 (34)	0	1 (14)

<sup>a</sup> Chirurgien orthopédique, viscéral, ophtalmologue et ORL – <sup>b</sup> Chirurgien plastique et viscéral – PMF : Plastique Maxillo-faciale

Parmi les 79% d'abcès cutanés incisés, 30% l'ont été par les chirurgiens plastiques maxillo-faciaux et 65% par les médecins urgentistes. Parmi les 68% d'abcès dentaires incisés, les chirurgiens stomatologues en ont traité 91% et 98% des abcès orthopédiques incisés l'ont été par des chirurgiens orthopédiques.

Nous avons également analysé le lieu d'incision de chaque abcès. Soit en salle de consultation des urgences, soit dans un autre service ou bloc opératoire (classique ou UDTA).

**Tableau 4b : Lieux de prise en charge de l'incision des abcès**

	<b>N</b>	<b>Incision aux urgences n (%)</b>	<b>Autres n (%)</b>
<b>Abcès orthopédiques</b>	94	4 (4)	90 (96)
<b>Abcès cutanés</b>	164	156 (95)	8 (5)
<b>Abcès dentaires</b>	77	52 (68)	25 (32)
<b>Abcès pilonidaux</b>	54	50 (93)	4 (7)
<b>Abcès de la marge anale</b>	40	2 (5)	38 (95)
<b>Abcès urologiques</b>	6	3 (50)	3 (50)
<b>Abcès gynécologiques</b>	3	2 (67)	1 (33)

Parmi les 94 abcès orthopédiques incisés, 96% l'ont été en UDTA. 95% des incisions d'abcès de la marge anale ont été réalisées au bloc opératoire, contre 93% des incisions d'abcès pilonidaux réalisées aux urgences et 95% des abcès cutanés.

## Prescription d'antibiotiques

Nous avons analysé la prescription d'antibiotiques pour chaque type d'abcès (Tableau 5). Pour les abcès pilonidaux, 5 patients ont bénéficié d'une antibiothérapie qui n'a pas été précisée dans le dossier médical. De la même façon, pour les abcès gynécologiques, 1 patient a reçu une antibiothérapie non explicitée.

**Tableau 5 : Antibiothérapie selon la localisation de l'abcès**

	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Abcès orthopédiques</b>	98		
Amoxicilline – acide clavulanique		38	39
Autres		6	6
Pas d'antibiothérapie		54	55
<b>Abcès cutanés</b>	208		
Amoxicilline – acide clavulanique		75	36
Pristinamycine		19	9
Lévofloxacine + métronidazole		1	1
Autres		10	5
Pas d'antibiothérapie		103 <sup>a</sup>	49
<b>Abcès dentaires</b>	121		
Amoxicilline – acide clavulanique		79	65
Clindamycine + métronidazole		9	7
Spiramycine + métronidazole		7	6
Autres		10	8
Pas d'antibiothérapie		16	13
<b>Abcès pilonidaux</b>	81		
Amoxicilline - acide clavulanique		12	15
Pristinamycine		4	5
Pas d'antibiothérapie		60	74
<b>Abcès de la marge anale</b>	47		
Amoxicilline – acide clavulanique		6	13
Métronidazole		9	19
Flash		6	13
Autres		2	4
Pas d'antibiothérapie		24	51
<b>Abcès urologiques</b>	8		
Amoxicilline – acide clavulanique		2	25
Ceftriaxone		1	13
Pipéracilline + Tazobactam		1	12
Pas d'antibiothérapie		4	50
<b>Abcès gynécologiques</b>	7		
Pristinamycine		1	14
Cloxacilline		1	14
Pas d'antibiothérapie		4	58

<sup>a</sup> Patient sans signe systémique d'infection

## Prescription d'examens d'imagerie

La prescription d'imagerie au cours de la prise en charge des patients consultant pour abcès aux urgences a été analysée (Tableau 6).

**Tableau 6 : Imagerie selon la localisation de l'abcès**

	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Abcès orthopédiques</b>	98		
Radiographie		72	74
Abstention		26	26
<b>Abcès cutanés</b>	208		
Radiographie		7	4
TDM		7	4
Échographie		5	2
Abstention		189	90
<b>Abcès dentaires</b>	121		
TDM		17	14
Panoramique dentaire		55	46
Panoramique dentaire + TDM		10	8
Abstention		39	32
<b>Abcès pilonidaux</b>	81		
TDM		1	1
Abstention		80	99
<b>Abcès de la marge anale</b>	47		
Abstention		47	100
<b>Abcès urologiques</b>	8		
TDM		1	13
Abstention		7	87
<b>Abcès gynécologiques</b>	7		
Abstention		7	100

La prescription d'examen d'imagerie (examens tous confondus) a concerné 68% de la prise en charge des abcès dentaires et 73% des abcès orthopédiques. A contrario, aucun examen d'imagerie n'a été pratiqué dans la prise en charge des abcès de la marge anale. Une imagerie a été prescrite pour 1% des abcès pilonidaux et pour 9% des abcès cutanés.

## Analgésie

Dans cette étude, nous avons analysé la prise en charge antalgique des patients lors des gestes d'incision réalisés en salle d'examen aux urgences ou en consultation spécialisée (Tableau 7). La prise en charge antalgique des patients n'ayant pas bénéficié de geste d'incision, incisés au bloc opératoire, ou la prescription ambulatoire, n'a pas été répertoriée dans ce tableau.

**Tableau 7 : Antalgiques lors des incisions en salle de consultation**

	<b>Abcès orthopédi-ques n (%)</b>	<b>Abcès cutanés n (%)</b>	<b>Abcès dentaires n (%)</b>	<b>Abcès pilonidaux n (%)</b>	<b>Abcès de la marge anale n (%)</b>	<b>Abcès urologiques n (%)</b>	<b>Abcès gynécologi-ques n (%)</b>
Anesthésie locale	1 (25)	21 (13,1)	32 (53,5)	12 <sup>a</sup> (23)			
Anesthésie locale + antalgie médicamenteuse			4 (6,7)	2 (4)			
Anesthésie locale + antalgie médicamenteuse + MEOPA		5 (3,1)					
Anesthésie locale + MEOPA	1 (25)	5 (3,1)		8 <sup>a</sup> (15)			2 (100)
Anesthésie loco-régionale + MEOPA		1 (0,6)					
Antalgie médicamenteuse		11 (6,9)	4 (6,7)	2 (4)			
Antalgie médicamenteuse + MEOPA					1 (33)		
MEOPA		3 (1,9)		2 (4)		2 (50)	
Pas de prescription d'antalgique	2 (50)	114 (71,2)	20 (33)	26 (50)	2 (66)	2 (50)	
Total	4 (%)	160 (%)	60 (%)	52 (%)	3 (%)	4 (%)	2 (%)

<sup>a</sup>Dont un patient qui a finalement été pris en charge au bloc

L'*anesthésie locale* correspond à des méthodes variées d'analgésie (injection locale de xylocaïne, crème Emla®, anesthésie topique en spray, bombe à froid). L'*antalgie médicamenteuse* intègre l'administration per os ou intraveineuse d'antalgique de palier 1 à palier 3. L'analgésie de palier 1 correspond uniquement au paracétamol. L'analgésie de palier 2 correspond au Tramadol ou au Nefopam. L'analgésie de palier 3 correspond à la morphine (chlorhydrate) intraveineuse en bolus ou à la morphine (sulfate) administré en per-os. L'*anesthésie loco-régionale* (A.L.R) est l'utilisation de lidocaïne pour effectuer un bloc nerveux périphérique par voie écho-guidée.

Hormis pour les abcès dentaires et gynécologiques, au moins 50% des patients n'ont pas reçu d'antalgique lors de l'incision de leur abcès.

## Efficacité de la prise en charge des abcès

Le suivi des patients après leur prise en charge aux urgences a été répertorié dans le tableau 8. Nous avons cherché à savoir si les patients ont bénéficié d'une consultation de suivi dans une filière spécialisée, qu'elle soit médicale ou paramédicale.

**Tableau 8:** Efficacité de la prise en charge des abcès

	N	Consultation de suivi n (%)	Récidive n (%)
Abcès orthopédiques	98	77 (79)	5 (5)
Abcès cutanés	208	75 (36)	22 (11)
Abcès dentaires	121	20 (17)	6 (5)
Abcès pilonidaux	81	44 (54)	8 (10)
Abcès de la marge anale	47	37 (79)	5 (11)
Abcès urologiques	8	7 (88)	3 (38)
Abcès gynécologiques	7	0 (0)	1 (14)

Parmi les patients pris en charge aux urgences pour un abcès cutané, 36% (n=75) ont bénéficié d'une consultation de suivi dans un second temps dans une filière spécialisée. Une consultation de suivi a eu lieu pour 54% des patients pris en charge pour un abcès pilonidal et 79% des patients traités pour un abcès de localisation orthopédique. Nous avons également analysé le pourcentage de récurrence des abcès de localisation identique. L'analyse des récurrences a été menée un an après le premier épisode. Parmi les patients ayant des abcès cutanés récidivants, 36% d'entre eux (n=8) avaient un diagnostic de maladie de Verneuil.

## **DISCUSSION**

Le problème des urgences est d'avoir un nombre important de patients ne pouvant être pris en charge dans des délais raisonnables et par le spécialiste adéquat. De ce fait, un certain nombre de patients ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale notamment quant à l'analgésie. En analysant le parcours de soins des patients ayant des abcès orthopédiques, nous nous sommes donné comme objectif d'améliorer le parcours de soins des patients consultant pour une autre localisation d'abcès avec une diminution du temps de passage aux urgences associé à une analgésie optimale.

Dans notre étude, la durée de prise en charge des abcès dentaires, cutanés et pilonidaux est significativement plus longue que pour les abcès orthopédiques. En effet, la durée de prise en charge des patients ayant un abcès orthopédique est plus courte, à raison d'une médiane de temps de 2h35. Un quart des patients ont même une durée de passage aux urgences de moins d'1h30. De plus, ces temps de passage courts s'accompagnent d'un avis spécialisé dans 97% des cas. Au CHU de Tours, il existe une filière « *urgences main* ». Cette filière se caractérise par une prise en charge en bloc opératoire en UDTA pour les patients ayant des abcès orthopédiques avec indication chirurgicale. Cette filière fonctionne de manière clairement codifiée entre les urgentistes et les chirurgiens orthopédiques. Un chirurgien orthopédique est, chaque jour, dédié à cette filière. Il donne les avis, les prescriptions et organise le geste chirurgical.

A ce jour, il n'existe pas de telles filières pour les abcès pilonidaux, dentaires ou cutanés. L'attente du chirurgien spécialisé pour un avis peut alors s'avérer plus longue. L'attente du spécialiste n'est pas toujours la raison d'une durée de passage allongée aux urgences. En effet, la médiane de durée de prise en charge des abcès cutanés est de 3h14. Ces patients sont pourtant pris en charge dans 65% des cas par un médecin urgentiste seul. De la même manière, la médiane de durée de prise en charge des abcès de marge anale est de 3h57. Pourtant 95% des incisions ont eu lieu au bloc opératoire. Dans la pratique, nous avons tenté d'identifier des facteurs pouvant être responsables de ces délais. Le geste en lui-même, l'attente du spécialiste refusant d'effectuer le geste d'incision, l'indisponibilité de l'unique salle aux urgences accueillant les soins d'ordre septique, le temps d'attente de transfert dans un service spécialisé ou la disponibilité du bloc opératoire peuvent expliquer ces délais. Ceci malgré l'orientation de ces patients dans « un circuit court » destiné à la prise en charge des « patients debout ».

Les études portant sur la prise en charge des patients aux urgences développent l'utilisation de parcours de soins permettant de garantir des temps de passage plus courts pour chaque patient (4). Cette démarche d'amélioration de prise en charge a pour but de lutter contre la surcharge des patients aux urgences. À défaut, une admission aux urgences du CHU s'avère inutile et contribue à l'accumulation des patients, ce qui détériore l'ergonomie générale et augmente non seulement le temps de passage mais aussi la charge de travail et les erreurs. Dans le but de calquer la prise en charge des abcès orthopédiques, une filière ambulatoire pourrait être créée avec les différents chirurgiens concernés. Par arguments de fréquence, ces filières pourraient être créées avec les chirurgiens dentaires, cutanés et viscéraux.

La prévalence des abcès pilonidaux a été estimée à 25 pour 100 000 selon une étude (2). Les adolescents et les jeunes adultes (15-30 ans) auraient une incidence plus élevée, et les hommes auraient 2,2 fois plus de probabilité de développer un abcès pilonidal. De la même manière, le sex-ratio en faveur du sexe masculin se retrouve dans les abcès de la marge anale. Un lien entre obésité et abcès pilonidal a été noté dans une étude américaine dès 1953. Même si toutes les études n'ont pas montré de liens de causalité, d'autres facteurs de risques comme le tabac, la pilosité, la mauvaise hygiène (moins de 3 douches par semaine) ont été relevés (3). Les données épidémiologiques pour les abcès cutanés sont difficiles à retrouver notamment du fait de la possibilité de prise en charge ambulatoire en cabinet de médecine générale qui est par conséquent difficilement évaluable. Parmi notre échantillon, 60% étaient des hommes et 17% des patients présentaient une obésité.

Parmi notre échantillon de patients pris en charge pour un abcès cutané sans signe d'infection systémique, 49% des patients n'ont bénéficié d'aucune prescription d'antibiothérapie, 36% ont reçu de l'amoxicilline-acide clavulanique, 9% de la pristinamycine et 5% d'autres antibiotiques type macrolides ou fluoroquinolones (Tableau 5). Les infections bactériennes de la peau et des tissus mous (IBPTM) purulentes et communautaires ne justifient pas habituellement d'antibiothérapie (5). En l'absence de signe systémique d'infection (infection légère), le traitement de première intention reste l'incision et le drainage pour les kystes épidermoïdes surinfectés, les abcès sous-cutanés ou importants furoncles. Les signes systémiques d'infection sont la fièvre, la tachypnée, la tachycardie, un syndrome inflammatoire biologique ou une neutropénie. En cas de signes systémiques d'infection (infection modérée), les recommandations conseillent de couvrir le *Staphylocoque aureus* sensible à la méticilline (SASM) de manière probabiliste. Il est donc recommandé de prescrire aux patients une antibiothérapie par voie orale type amoxicilline-acide clavulanique (ou clindamycine ou pristinamycine) pour une durée maximale de 7 jours. En cas de sepsis sévère, de choc septique ou d'échec d'une antibiothérapie de première ligne, la couverture du *Staphylocoque aureus* résistant à la méticilline (SARM) peut être légitime (5).

Parmi les patients consultant pour abcès pilonidaux étudiés, 74% des patients n'avaient pas reçu d'antibiothérapie, 15% avaient reçu de l'amoxicilline-acide clavulanique, 5% de la pristinamycine et 6% une antibiothérapie non documentée. A noter que seulement 2 patients consultant pour kyste pilonidal étaient diabétiques. Pour les patients consultant pour abcès de la marge anale, 51% n'ont pas reçu d'antibiothérapie, 19% du métronidazole, 12% soit de l'amoxicilline-acide clavulanique soit une antibiothérapie flash en pré-opératoire (C3G + métronidazole) (Tableau 5).

L'antibiothérapie n'est pas systématique en cas d'abcès anal. Hormis pour le métronidazole (6) ou la ciprofloxacine (7) en cas de maladie de Crohn et de la clindamycine proposée pour les formes débutantes de maladie de Verneuil (8), l'antibiothérapie n'a pas été étudiée dans les suppurations ano-périnéales. Il faut retenir que, dans tous les cas, l'antibiothérapie à elle seule est insuffisante. Le traitement des abcès ano-périnéaux implique systématiquement une incision. L'antibiothérapie peut favoriser l'extension à bas bruit de l'infection. En revanche, chez certains patients immunodéprimés, diabétiques ou porteurs de matériels prothétiques, l'antibiothérapie a bien sa place (9).

Dans notre population, 87% des patients consultant pour abcès dentaires ont reçu une antibiothérapie (65% de l'amoxicilline-acide clavulanique et 13% ont reçu une bi-thérapie (Tableau 5). Le rôle de l'antibiothérapie dans le traitement des abcès parodontaux reste discuté. Certains auteurs préconisent l'usage d'une antibiothérapie curative associée à un

débridement mécanique ou à un drainage (10). D'autres recommandent l'usage des antibiotiques seulement en présence de manifestations systémiques comme une adénopathie, de la fièvre ou lorsque l'infection n'est pas clairement localisée (11). Pour la population générale, le drainage chirurgical de l'abcès est capital et suffisant. L'antibiothérapie curative n'est donc pas indiquée dans le traitement des abcès parodontaux. L'usage des antibiotiques n'est recommandé que chez les patients immunodéprimés, à haut risque d'endocardite infectieuse ou en présence de manifestations systémiques. Cela reste cependant un accord professionnel. En 1ère intention, la monothérapie est préconisée (12). De nombreuses molécules sont recommandées (amoxicilline 2 g/j en 2 prises, azithromycine 500 mg/j en 1 prise, clarithromycine 1 000 mg/j en 2 prises, spiramycine 9 MUI/j en 3 prises, clindamycine 200 mg/j en 2 prises).

L'analyse des patients consultant pour abcès orthopédiques retrouvait que 55% d'entre eux n'ont reçu aucune antibiothérapie, 38% ont reçu de l'amoxicilline-acide clavulanique et 6% une antibiothérapie autre (Tableau 5). Le panaris est l'infection de la main la plus fréquente. La place de l'antibiothérapie systématique en post-opératoire reste discutée (13). Elle favorise la sélection de bactéries résistantes et augmente le coût global de prise en charge. Cependant de nombreux praticiens l'utilisent de façon systématique. Pour autant, à notre connaissance, aucune étude scientifique n'a montré l'intérêt de l'antibiothérapie post-opératoire après excision chirurgicale des panaris péri-unguéaux et/ou pulpaire. Il existe, pour ce que nous savons, uniquement des opinions d'experts. L'utilisation ou non des antibiotiques reste donc empirique.

Les examens complémentaires sont en général inutiles pour le diagnostic de sinus pilonidal infecté. Le simple examen clinique permet le plus souvent d'écarter les diagnostics de furoncle ou de folliculite. (2) Cependant, l'imagerie, notamment l'imagerie par résonance magnétique, est parfois utile afin d'éliminer une éventuelle fistule ano-rectale (14). Dans le cadre de notre étude, 99% des abcès pilonidaux vu au service des urgences ont bénéficié uniquement d'un diagnostic clinique.

De la même façon, les examens complémentaires sont inutiles pour diagnostiquer et traiter un abcès de la marge anale. Le diagnostic est clinique. Dans notre étude, aucun patient admis pour abcès de la marge anale, n'a bénéficié d'une imagerie au sein du service des urgences. Pour orienter le traitement étiologique de l'abcès, pour les fistules anales complexes ou récidivantes, certains examens peuvent être utiles, mais à effectuer dans un second temps, après l'évacuation initiale (9).

Pour les abcès cutanés, la multiplicité de localisation de ces abcès superficiels rend difficile de faire le lien avec des recommandations précises. Dans notre étude, 90% des patients ont eu un diagnostic uniquement clinique de leur abcès.

Dans notre étude, 5 des abcès dits « gynécologiques » sont des abcès mammaires. Aucun d'entre eux n'a bénéficié d'imagerie au sein du service des urgences. La mammographie a un rôle limité dans le diagnostic d'abcès du sein. En cas d'abcès mammaire non puerpéral, l'échographie semble le moyen indiqué pour poser le diagnostic et surveiller l'évolution des lésions. (15) A noter que la plupart des patientes ont ensuite été transférées aux urgences gynécologiques pour la suite de la prise en charge. Les données en gynécologie n'ont pas été répertoriées dans notre étude.

Dans notre étude, nous avons uniquement étudié les abcès orthopédiques type « panaris ». 74% des patients ont bénéficié d'une radiographie de main. Aucun examen complémentaire n'est indispensable pour poser le diagnostic de panaris. L'apport de l'imagerie est essentiellement recommandé en cas de suspicion de phlegmon des gaines.

Dans ce cas, une radiographie de la main ou du doigt reste un examen primordial pour rechercher un corps étranger radio-opaque ou une ostéo-arthrite associée. (16,17) L'échographie de la main et du poignet (par un examinateur entraîné) est un complément utile. Elle offre une analyse précise des gaines tendineuses, des tendons et des différents espaces articulaires. (18) L'IRM est indiquée en cas de suspicion d'arthrite ou d'ostéite associées, mais sa faible disponibilité semble la rendre moins appropriée en première intention.

Dans notre étude, 68% des patients avec un abcès dentaire ont bénéficié d'une radiographie panoramique ou d'une TDM, seule ou en association. La radiographie panoramique seule a été effectuée pour 46% des patients. L'examen de foyer infectieux bucco-dentaire (FIBD) doit obligatoirement comprendre un examen radiographique panoramique. En cas de doute à la lecture de l'examen panoramique, un complément d'imagerie par des clichés rétro-alvéolaires ou une TDM sera effectué. Ces recommandations sont un accord professionnel fort (19).

Dans notre étude, 50% des patients incisés n'ont reçu aucun antalgique, hormis pour les abcès dentaires et gynécologiques. Pourtant la médicalisation des structures d'urgence autorise l'utilisation de médicaments et de techniques efficaces lorsque les conditions de sécurité sont parfaitement respectées. La prise en charge de la douleur est encore insuffisante dans le cadre de la médecine d'urgences (20,21). En effet, la correction des détresses vitales a souvent relégué le traitement de la douleur au second plan, alors que les effets néfastes de cette dernière, notamment cardiorespiratoires et neuropsychologiques, ont été démontrés (22). De plus, en dehors de la nécessité éthique de soulager la douleur pour assurer le confort du patient, l'analgésie facilite la prise en charge médicale.

L'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë nécessite au préalable une évaluation indispensable de son intensité. L'administration d'antalgiques, guidée uniquement par la réclamation du patient, n'est pas appropriée. En effet, plusieurs études ont démontré que des patients ayant des douleurs intenses ne réclament que rarement l'administration d'antalgiques (23). Par ailleurs, l'intensité de la douleur provoquée est très souvent sous-estimée par le personnel médical et paramédical (24). L'évaluation de la douleur est donc incontournable afin d'adapter au mieux les différentes stratégies thérapeutique d'analgésie et de sédation.

La prise en charge de la douleur aiguë en structure d'urgence peut être améliorée par la mise en place de protocoles et d'enseignement cible sur ce problème. Une étude en pré-hospitalier (25) a montré l'efficacité de la mise en place d'un protocole thérapeutique utilisant la morphine titrée associée à un programme éducatif, permettant une amélioration significative des scores de douleur chez leurs patients. Lors de notre analyse, en 2016, il n'existait pas au sein du service des urgences adultes de Tours de protocole de service de prise en charge de la douleur. Un travail sur le sujet est actuellement en cours.

Une évaluation nationale (26) a déterminé que le succès de l'analgésie des douleurs intenses reposait sur l'utilisation des morphiniques. Dans notre analyse, lors de l'emploi d'antalgique, l'anesthésie locale et/ou l'utilisation du MEOPA sont préférées des praticiens.

Certains facteurs influencent la prescription d'antalgiques (20): la formation des soignants, la présence ou non de protocoles d'analgésie, la peur des opioïdes de certains soignants par surestimation des risques, l'appréciation de la douleur selon l'origine culturelle ou ethnique du patient, de son âge ou de son sexe et le mécanisme de la douleur.

Cependant l'un des biais les plus importants de notre étude est le biais lié au mode d'évaluation. Cette étude s'est faite par une relecture des dossiers médicaux, qui peuvent être incomplets. La prise en charge antalgique, en particulier, est très rarement mentionnée par les praticiens. S'agit-il alors réellement d'une absence de prise en charge antalgique ou d'un simple défaut d'inscription au dossier médical?

## **CONCLUSION**

Cette étude a permis de faire un point sur la gestion des abcès superficiels au sein des urgences du CHU de Tours.

L'amélioration de la prise en charge organisationnelle pourrait passer par la création de filières spécifiques en accord avec les spécialistes impliqués pour réduire le temps de passage aux urgences. L'amélioration de la prise en charge thérapeutique pourrait passer par une attention particulière à la prise en charge de la douleur provoquée, notamment par la mise en place de protocoles et une meilleure formation des soignants.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 paru au Journal Officiel précise que: «L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L.4133-1- 1
- (2) De Parades V, Bouchard D, Janier M et al. Le sinus pilonidal infecté. *Journal de Chirurgie Viscérale*. 1 sept 2013;150(4):264-75.
- (3) Brearly R. Pilonidal Sinus; a new theory of origin. *Br J Surg* 1955;43(177):62-8.
- (4) Jarhult S, Howell M, Barnaure-Nachbar I. Implementation of a Rapid, Protocol-based TIA Management Pathway. *Wes J Emer Med: Integrating Emergency Care with Population Health*; 2018, 19 (2): 216-223
- (5) Rossi B. Mise au point sur l'antibiothérapie des infections bactériennes de la peau et des tissus mous en France. *Journal des Anti-infectieux*. Juin 2017;19(2):39-47
- (6) Jakobovits J, Schuster MM. Metronidazole therapy for Crohn's disease and associated fistulae. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 533-40.
- (7) Solomon M. Combination of ciprofloxacin and metronidazole in severe perianal Crohn's disease. *Can J Gastroenterol* 1993; 7: 571-3.
- (8) Jemec GB, Wendelboe P. Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 971-4.
- (9) Senéjoux A, Conduite à tenir devant un abcès de la marge anale. *Hépto-Gastro* 2004; 11 (4), 253-9.
- (10) Genco R.J. Using antimicrobial agents to manage periodontal diseases. *J.Am.Dent.Assoc.* 1991;122(9):30-38.
- (11) Herrera D., Roldan S., Gonzalez I. and al. The periodontal abscess (I). Clinical and microbiological findings. *J.Clin.Periodontol.* 2000;27(6):387-39)
- (12) Afssaps. Recommandations de bonnes pratiques. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. 2011
- (13) Delgrande D, Pierrart J, Mamane W et al. Panaris et antibiothérapie postopératoire : évaluation des pratiques. *Chirurgie de la Main*. 2014;33(6):420.
- (14) Taylor SA, Halligan S, Bartram CI. Pilonidal sinus disease: MR imaging distinction from fistula in ano. *Radiology* 2003;226:662—7.
- (15) Draghi F, Calliadi F, Ferrozzi G et al. Cancer mammaire inflammatoire et abcès non puerpéraux : diagnostic et suivi par mammographie, échographie, et doppler couleur. *J Echogr Med* 1999;20:36–40.
- (16) Ebelin M, Roulot É. Infections de la main et des doigts. *Revue du Rhumatisme*. juin 2001;68(6):520-9.
- (17) Mamane W, Silvera J, Vuillemin V et al. Panaris et phlegmons des gaines des tendons fléchisseurs des doigts. :16.
- (18) Schecter WP, Markison RE, Jeffrey RB and al. Use of sonography in the early detection of suppurative flexor tenosynovitis. *The Journal of hand surgery*. 1989 Mar; 14(2 Pt 1): 307-10.
- (19) Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaire. *Journal of Oral Medicine and Oral Surgery*. 2012
- (20) Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2004;43:494–503
- (21) Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J et al. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28:97–105.
- (22) Adnet F, Alazia M, Ammirati C, et al. Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en

- situation extrahospitalière - Texte court. Sfar, ed. Conférence d'Experts 1999; Paris 1999
- (23) Ricard-Hibon A, Leroy N, Magne M, et al. Évaluation de la douleur aiguë en médecine pré-hospitalière. *Ann Fr Anesth Reanim* 1997;16:945–9.
- (24) Singer AJ, Richman PB, Kowalska A, et al. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Ann Emerg Med* 1999;33:652–8
- (25) Ricard-Hibon A, Chollet C, Saada S, et al. A quality control program for acute pain management in prehospital critical care medicine. *Ann Emerg Med* 1999;34:738–44.
- (26) Ricard-Hibon A, Ducassé JL, Ravaud P, et al. Quality control program for acute pain management in emergency medicine: a national survey. *Eur J Emerg Med* 2004;11:198–203.
- (27) Ricard-Hibon A, Bounes V. Sédation et analgésie en structure d'urgence. Quelles sédation et analgésie chez le patient en ventilation spontanée en structure d'urgence ? *Ann Fr Anesth Réanim* 2012;31(4):295-312.

## **RÉSUMÉ**

**Objectif :** Évaluer les pratiques professionnelles concernant la prise en charge des abcès au sein du service des urgences du CHU de Tours.

**Patients et méthodes :** Inclusion des patients présentant un abcès superficiel cutané ou dentaire du CHU de Tours sur une année. Les pratiques diagnostiques et thérapeutiques sont évaluées et discutées avec les recommandations actuelles.

**Résultats :** Sur 570 inclusions, l'âge médian est de 34 ans et la population est majoritairement masculine à 61% (n=348). La durée de prise en charge des abcès cutanés et dentaires est significativement plus longue que celle des abcès orthopédiques. Les médecins urgentistes ont pris en charge 65% des abcès cutanés et 52% des abcès pilonidaux. Les chirurgiens orthopédiques ont pris en charge 98% des abcès orthopédiques. Les chirurgiens stomatologues ont pris en charge 73% des abcès dentaires. Hormis pour les abcès dentaires et gynécologiques, au moins 50% des patients incisés n'ont reçu aucun antalgique.

**Conclusion :** L'amélioration de la prise en charge pourrait passer par la création de filières spécifiques en accord avec les spécialistes impliqués. La prise en charge de la douleur due au geste d'incision pourrait être améliorée par la mise en place de protocoles et une meilleure formation des soignants.

## **ABSTRACT**

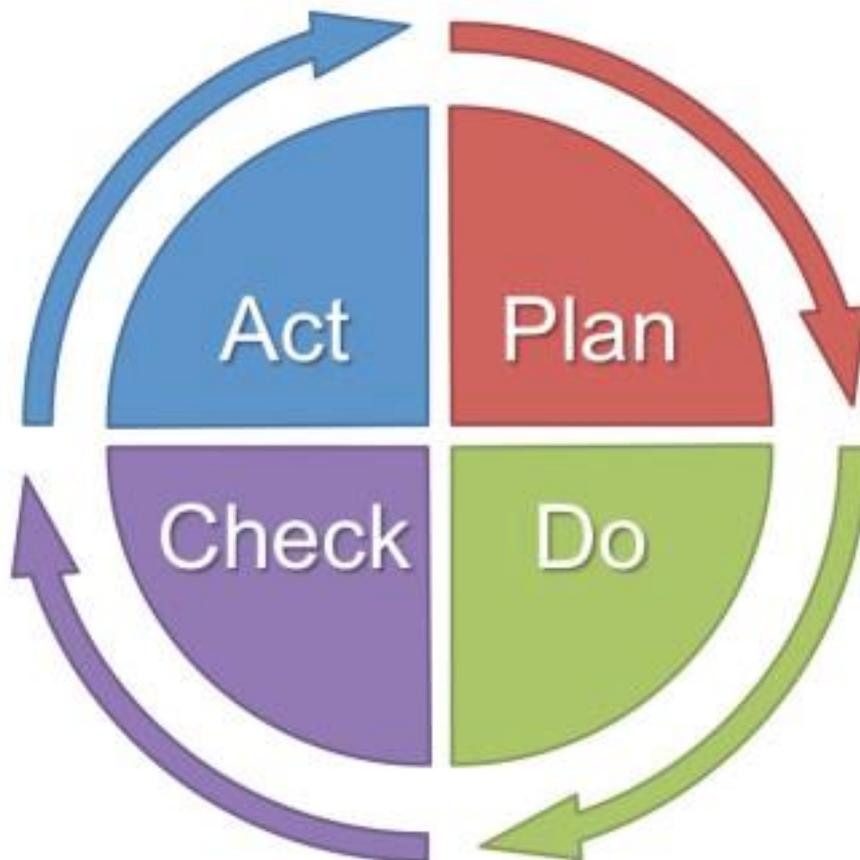
**Objective:** To evaluate professional practices for the management of superficial abscess in a the emergency department of Tours University Hospital Center.

**Patients and design:** All patients concerned by diagnosis of superficial abscess in Tours during one year. Diagnostic and therapeutic practices were compared with current guidelines.

**Results:** The median age of these 570 patients was 34 years old, and 61% of them were male. The length of stay of patients with cutaneous or dental abscess was significantly longer than for orthopedic abscess. Emergency physicians treated 65% of cutaneous abscess and 52% pilonidal sinus abscess. Orthopedics surgeons treated 98% of orthopedic abscess. Dental surgeons took care of 73% of dental abscess. Besides dental and gynecological abscess, less than 50% of incisions were done under local ou medical anesthesia.

**Conclusion:** To improve the management, we suggest the creation of a clinical pathway with involved surgeons. A clinical pathway and better training may also improve the management of induce pain by medical teams.

## ANNEXES



Annexe 1: La roue de Deming est une transposition graphique de la méthode de gestion de la qualité dite PDCA (*plan-do-check-act*).

Annexe 2 : **Mots clés motifs de venue :**

- Abcès
- Cellulite
- Dentaire
- Écoulement
- Infection
- Inflammation
- Kyste
- Panaris

Annexe 3: Avis éthique (page suivante)

**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE  
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES  
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

**AVIS**

Responsable de la recherche : Dr BOGGIO Agathe

Titre du projet de recherche : Evaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge des abcès au service d'accueil des urgences au centre Hospitalier de Tours

N° du projet : 2018 076

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

FAVORABLE

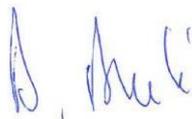
DÉFAVORABLE

SURSIS A STATUER

DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

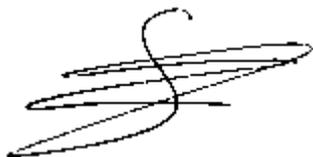
au projet de recherche n° 2018 076

A Tours, le 29/08/2018



**Dr Béatrice Birmelé**  
Présidente du Groupe Ethique Clinique

**Vu, le Directeur de Thèse**

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping, horizontal, slightly curved strokes that form a stylized, illegible mark.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

Boggio Agathe

27 pages – 9 tableaux – 1 figure — 1 illustration

**Résumé :**

**Objectif:** Évaluer les pratiques professionnelles concernant la prise en charge des abcès au sein du service des urgences du CHU de Tours.

**Patients et méthodes:** Inclusion des patients présentant un abcès superficiel cutané ou dentaire du CHU de Tours sur une année. Les pratiques diagnostiques et thérapeutiques sont évaluées et discutées avec les recommandations actuelles.

**Résultats:** Sur 570 inclusions, l'âge médian est de 34 ans et la population est majoritairement masculine à 61% (n=348). La durée de prise en charge des abcès cutanés et dentaires est significativement plus longue que celle des abcès orthopédiques. Les médecins urgentistes ont pris en charge 65% des abcès cutanés et 52% des abcès pilonidaux. Les chirurgiens orthopédiques ont pris en charge 98% des abcès orthopédiques. Hormis pour les abcès dentaires et gynécologiques, au moins 50% des patients incisés n'ont reçu aucun antalgique.

**Conclusion:** L'amélioration de la prise en charge pourrait passer par la création de filières spécifiques en accord avec les spécialistes impliqués. La prise en charge de la douleur due au geste d'incision pourrait être améliorée par la mise en place de protocoles et une meilleure formation des soignants.

**Mots clés :**

Abcès - Incision – Pratiques professionnelles – Analgésie – Urgences - Tours

**Jury :**

**Président du Jury :** Professeur Mehdi OUAISSI

**Directeur de thèse :** Docteur Sophie VANNIER

**Membres du Jury :** Professeur Laurent MACHET

Professeur Noël HUTEN

Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL

**Date de soutenance :** 18 octobre 2018