

FEBRUAR 2016

Primary Versus Secondary Closure of Cutaneous Abscesses in the Emergency Department: A Randomized Controlled Trial

Design: RCT med blok randomisering, ikke blindet.

Metode: Inklusion af patienter foregik på to skadestue, hvor alle mindre abscesser (<5 cm cellulitis) på upåvirkede og ikke immunkompromitterede (herunder patienter med DM) kunne indgå. Alle abscesser blev behandlet med incision og skylning med saltvand. Efter incision blev pt. randomiseret til enten pakning med gaze-bind og sekundær heling eller sutur med monocryl 4-0 (primær sutur). Pt. blev set ambulant på 2. og 7. dag efter incision. Primær outcome var andelen af helede sår (vurderet visuelt) 7 dage efter incision. Sekundær outcome var failure defineret som forværring i tilstanden, der krævede yderligere intervention (fx drænage eller suturfjernelse). Power beregning viste at ca. 50 pt. var krævet for at vise en forskel på 40 %.

Level of Evidence: I

Resultat og Konklusion: 56 pt. blev inkluderet. På 7-dagen var 59 % af pt. med sekundær heling og 67 % af pt. med primær sutur helet. 6 patienter fra primær sutur gruppen (22.2 %) fik fjernet suturer på 2. dagen og 4 patienter (14.3 %) i sekundær heling gruppen krævede yderligere udtømmning. Henholdsvis 1 fra primær sutur og 4 fra sekundær heling gruppen havde gendannet deres absces efter 7 dage. Der var ingen signifikant forskel på hverken primær eller sekundær outcome.

Per Hviid Gundtoft, Ph.D.-studerende, Kolding

Ekspertkommentar

Artiklen er et godt eksempel på hvordan selv et tilsyneladende super enkelt randomiseret studie er svært

at gennemføre. Det drejer sig om 56 patienter som skulle følges efter en simpel lidelse håndteret i skadestuen. Men alligevel mangler der 1 uges data på 5 pt.! Forfatterne rapporterer kun om deres intention-to-treat analyse. I den sammenhæng er det vigtigt at notere at 6 pt., altså flere en 1/5, faktisk krydser over til sekundær heling gruppen efter 2 dage. Det ville være rart

hvis forfatterne have gjort sig den ulejlighed at analysere deres data per protokol, bare for at indikere hvilken retning dette ville skubbe resultaterne. I øvrigt drejer det sig om ganske simple abscesser hvor median incision i skadestuen var 1 cm! Store cellulit forandringer, folk med smerter som gjorde det nødvendigt at få anæstesiologisk assistance, og abscesser uden pus(?) blev ekskluderede. Den eksterne validitet må således betragtes ganske lille. Forfatterne ville have gjort læseren en tjeneste hvis de havde oplyst hvor mange patienter der blev ekskluderet. Hvilket de også selv indirekte gør læseren opmærksom på. I øvrigt er risikoen for type-2 fejl åbenlys i det givne materiale, og en hurtig udredning giver en post-hoc power på 5 % med de oplyst tal. Altså er den statistiske sikkerhed for, at den fundne mangel på forskel i virkeligheden er reel, ikke eksisterende. Står resultaterne til troende (og det kan diskuteres) og vil man være statistisk sikker på at ingen forskel findes (power på 95%, modsvarende en alpha på 0.05) kræver det en samplesize på over 100.000 (!) patienter. Den kliniske signifikans af sådan et studie kan diskuteres. Summa sumarum, vi kan tolke resultaterne således at ganske benigne, meget små abscesser muligvis kan lukkes primært, men at det kræver at patienter tilses på 2. dagen mhp status. Det vedbliver at være et spørgsmål om lægekunst og ikke lægevidenskab hvordan vi mest optimalt håndterer denne hyppige problemstilling som simple subkutane abscesser udgør. Er man interesseret i ortopædkirurgiske infektioner og deres behandling findes der flere informationer om Dansk Selskab for Ortopædkirurgisk Infektionskirurgi på www.infektionskirurgi.dk

Jeppe Lange, Ph.D., fase 3, Viborg-Silkeborg