

# **BEHANDLING AF SUBKUTANE ABSCESSER I ALMEN PRAKSIS – ER DER EFFEKT AF ANTIBIOTIKA?**



**Lena Strøm Poulsen og Sascha Skovgaard**

**Hold 35**

**Vejleder: Hanne Nørgaard Heje**

## **Indholdsfortegnelse.**

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| Introduktion.....               | Side 3  |
| Formål.....                     | Side 3  |
| Metode.....                     | Side 4  |
| Resultater.....                 | Side 6  |
| Diskussion.....                 | Side 13 |
| - Diskussion af resultater..... | Side 13 |
| - Diskussion af metode.....     | Side 15 |
| Konklusion.....                 | Side 16 |
| Perspektivering.....            | Side 16 |
| Litteraturliste.....            | Side 17 |

## Introduktion.

Abscesser i huden er en hyppig henvendelsesårsag i almen praksis. Ifølge de opslagsværker mange praktiserende læger gør brug af i det daglige arbejde, bør simple abscesser i huden behandles ved hjælp af incision, drænage og sårpleje<sup>1,2</sup>.

Vores indtryk er dog, at mange læger i høj grad behandler abscesser ved brug af antibiotika frem for incision, og vi finder det interessant at undersøge nærmere, om det virkelig forholder sig således. Vi befinder os i en tid, hvor antibiotikaforbruget er meget højt med risiko for resistensudvikling, så hvis vi har ret i vores antagelse, virker det så overhovedet at give antibiotika, og bør man gøre op med de faktiske guidelines på området?

En absces defineres som en pusansamling i et hulrum, oftest forårsaget af stafylokokker<sup>1</sup>. Abscesvæggen er hyperæmisk, men selve absceshulen er uden blodcirkulation, hvorfor systemisk antibiotika ifølge litteraturen ikke er effektiv, da den ikke trænger derind, hvor bakterierne befinder sig, og derfor oftest ikke er indiceret. En absces ledsages af inflammation i form af rødme, hævelse, varme og ømhed<sup>2</sup>. Derudover er der fluktuation<sup>3</sup>, og ubehandlet vil abscesser bryde gennem hudoverfladen eller til indre hulrum for drænage<sup>2</sup>.

Vi har læst behandlingsvejledninger og guidelines i Lægehåndbogen<sup>1</sup>, Medibox<sup>2</sup> og en nyligt udgivet Kort klinisk retningslinje vedrørende behandling af subkutane abscesser udarbejdet af Dansk Selskab for Ortopædkirurgiske infektioner<sup>4</sup>. Derudover er der netop udgivet en statusartikel i Ugeskrift for Læger vedr. behandling af subkutane abscesser<sup>3</sup>.

Der er generel enighed om, at abscesser skal incideres og dræneres, hvilket har været et anerkendt behandlingsprincip siden Herodots tid (500 f.kr) – ”Ubi pus – ibi evacua” (hvor der er pus skal man drænere)<sup>3</sup>. Der findes dog ikke dokumentation for effekten, men ej heller evidens imod princippet. Der er ikke foretaget studier, hvor ren antibiotisk behandling af abscesser sammenlignes med incision og drænage<sup>3</sup>. Såfremt vores antagelse viser sig at være rigtig: ”At mange abscesser i almen praksis behandles med antibiotika”, må denne metode bygge på ren og skær empiri.

Som eneste opslagsværk beskrives det i Medibox, at man kan overveje at behandle med dicloxacillin, såfremt abscessen ikke er moden til incision<sup>2</sup>. Denne anbefaling må vi dog anfægte, da der refereres til kilder i hhv. Lægehåndbogen<sup>1</sup> og Kort Klinisk Retningslinje fra Dansk Selskab for Ortopædkirurgiske infektioner<sup>4</sup>. Der anbefales kun brug af antibiotika i relation til incision og drænage, hvis der er omgivende flegmone, eller hvis patienterne har tegn på sepsis eller er immunsupprimerede<sup>4</sup>.

## Formål.

Formålet med opgaven er at se på, hvorledes simple subkutane abscesser behandles i almen praksis. Læner man sig op af de guidelines, der findes på området, eller behandler man i højere grad abscesser med antibiotika, og er der i så fald effekt af antibiotikabehandling?

## Metode.

For at besvare vores forskningsspørgsmål har vi valgt, at fremsøge patienter behandlet for abscesser i huden, i de respektive praksis vi er tilknyttet.

Det drejer sig om Lægerne Bondesen og Houe, en kompagniskabspraksis i Holstebro med 2 faste læger, et varierende antal uddannelseslæger og et patientgrundlag på ca. 3800 ptt, samt Lægehuset Aulum, en kompagniskabspraksis med 4 faste læger, et varierende antal uddannelseslæger og et patientgrundlag på ca. 6000 ptt.

Begge praksis bruger computersystemet XMO, og derfor har det været muligt at foretage en ensartet søgning.

Vi har søgt under patientstatistik, på diagnosekode S 10 (byld i huden), og for at få en passende patientpopulation, har vi afgrænset søgeperioden til 01.10.2012 til 01.10.2017.

Det resulterede i henholdsvis 132 patienter fra Lægerne Bondesen og Houe og 217 patienter fra Lægehuset Aulum.

Herefter har vi lavet journalaudit og afgrænset de relevante journalnotater vha. diagnosekoden S10 (byld i huden). Forløbene er gennemgået og relevant data nedskrevet.

I dataindsamlingsprocessen blev det klart, at der var væsentligt flere forløb hos nogle patienter pga. en tendens til abscesser, som ikke blot kunne forklares med et recidiv inden for kort tid. Vi har valgt at inkludere alle disse forløb enkeltvis, da det ville være en bias, hvis vi kun valgte et forløb ud. Dette gav således anledning til mere materiale.

Fra Lægerne Bondesen og Houe gav det 206 patientforløb og fra Lægehuset Aulum 270 patientforløb.

Vi har valgt at inkludere simple subkutane abscesser inkl. ateromer, furunkler og karbunkler, hvor disse har været kodet som absces. De kan være lokaliseret på hele kroppen. Vi har dog valgt at ekskludere genitalia området, inkl. perineum, perianalt og pilonidalcyster samt abscesser udgået fra slimhinder fx mundhule. De har selvstændige diagnosekoder og ekskluderes også iflg. diagnosekodedefinitionen i XMO.

Vi har desuden ekskluderet de patienter, som ved den første kontakt, blev henvist til primær behandling i sekundær sektoren eller hos speciallæger, da opgavens formål er at undersøge, hvorledes subkutane abscesser behandles i almen praksis.

Derudover ekskluderer vi forløb, hvor der er mangelfuld journalføring fx hvor primær notatet mangler. Ligeledes ekskluderes de forløb, hvor vi vurderer, der er tale om forkert diagnosekodning ud fra beskrivelsen i journalnotatet.

*Forkert diagnosekode indbefatter:* Infektioner i hud fx i nævi, insektbid, mollusker, vabler, variceller. Derudover indeholder det erysipelas, kondylomer, akne, rosasea, hidrosadenit, pilonidalcyster og hæmatomer. Infektion efter fremmedlegemer, infektion i sår samt operationssår/cikatricer samt infektion i bursa olecranon. Vi har desuden valgt at ekskludere follikulitter, da denne gruppe ikke behandles med incision, og derfor ville give en tydelig skævvridning af vores resultater.

Vi har nedskrevet data for de forskellige forløb i et excel ark. Her har vi medtaget oplysninger om følgende:

- Køn.
- Alder.
- Fluktuation.
- Incision.
- Incision og samtidig ordineret antibiotika behandling.
- Antibiotika behandling.
- Initiel antibiotika behandling med efterfølgende planlagt incision.
- Se an uden behandling.
- Effekt af den valgte behandlingsmodalitet.
- Antibiotikatype.

Vi har antaget, at hvor abscessen beskrives som ”moden”, svarer det til, at der er fluktuation, og hvor den beskrives som ”ej incisionsmoden” svarer det til, at der ikke forekommer fluktuation.

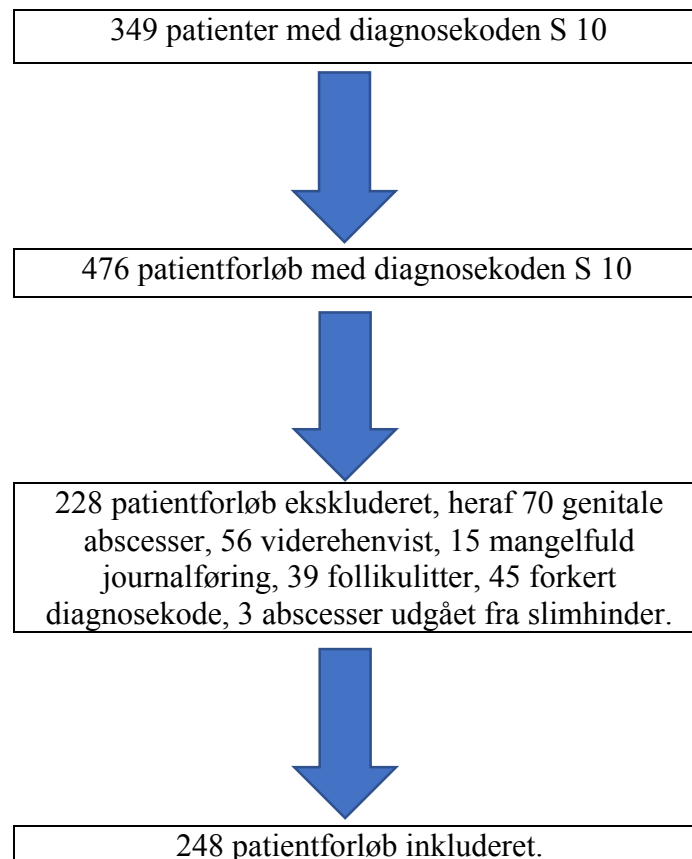
Vi har valgt, at forløb, hvor der var spontan perforation inden første henvendelse, og hvor behandler hos disse patienter eksprimerer pus, er sidestillet med incision.

Vi har derudover valgt, at forløb, hvor der har været skift af behandlingsmodalitet eller hvis der efter behandlingsopstart viderehenvises til sekundær sektor med henblik på incision, klassificeres som manglende effekt af behandling. Ligeledes klassificeres recidiv af absces med samme lokalisation indenfor 3 mdr. som manglende effekt af behandling.

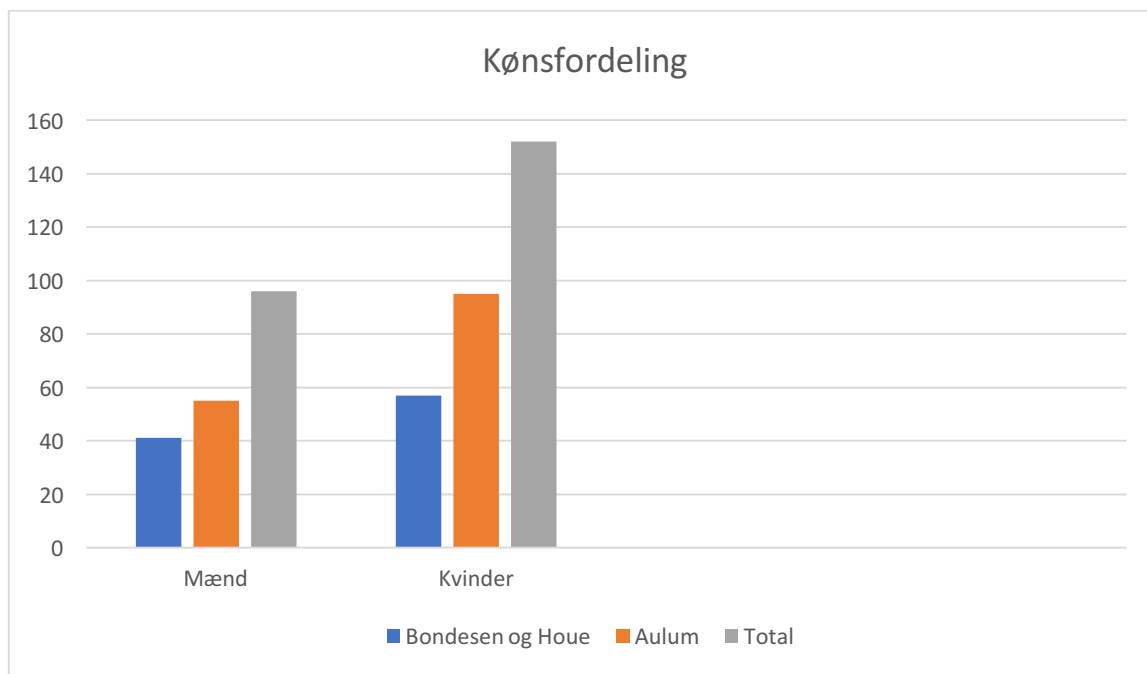
## Resultater.

Ved at applicere den ovennævnte metode på vores database, som er praksis journalerne, har vi fået følgende datamængde:

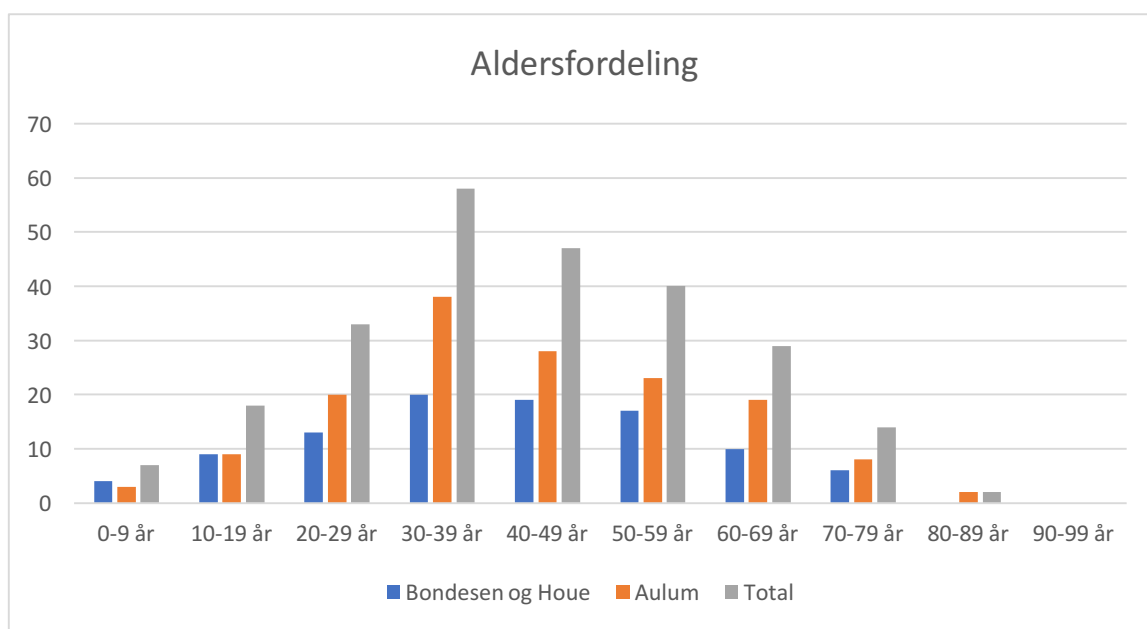
### Flowdiagram over patientforløb samt eksklusion og inklusion:



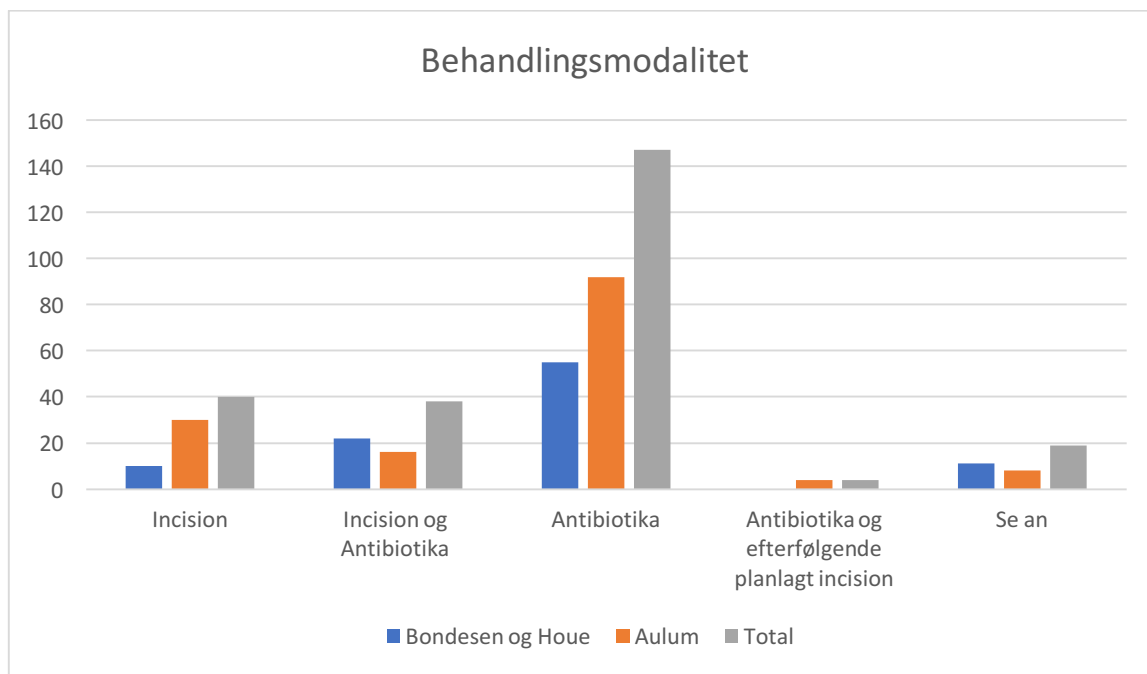
Vi har valgt at se på vores data i søjlediagrammer, hvor vi dels fremstiller resultaterne for den enkelte praksis, men også et samlet resultat. Ved at se på data for hver enkelt praksis, har vi også mulighed for at se, om der er den samme tendens i måden, hvorpå patienter med absces i huden håndteres.



Der er inkluderet 98 patientforløb fra Bondesen og Houe, heraf 41 mænd og 57 kvinder. Fra Aulum er der inkluderet 150 patientforløb, heraf 55 mænd og 95 kvinder. Totalt er der 96 mænd og 152 kvinder. Tendensen er ens, der er flest kvinder som henvender sig og behandles for en absces i huden.



Aldersfordelingen viser også den samme tendens i de 2 praksis. Der er flest henvendelser med absces i huden i aldersgruppen 30-59 år. De ældste og yngste har de færreste antal tilfælde.



Valget af behandlingsmodalitet var det primære fokus for vores opgave jævnfør vores forskningsspørgsmål.

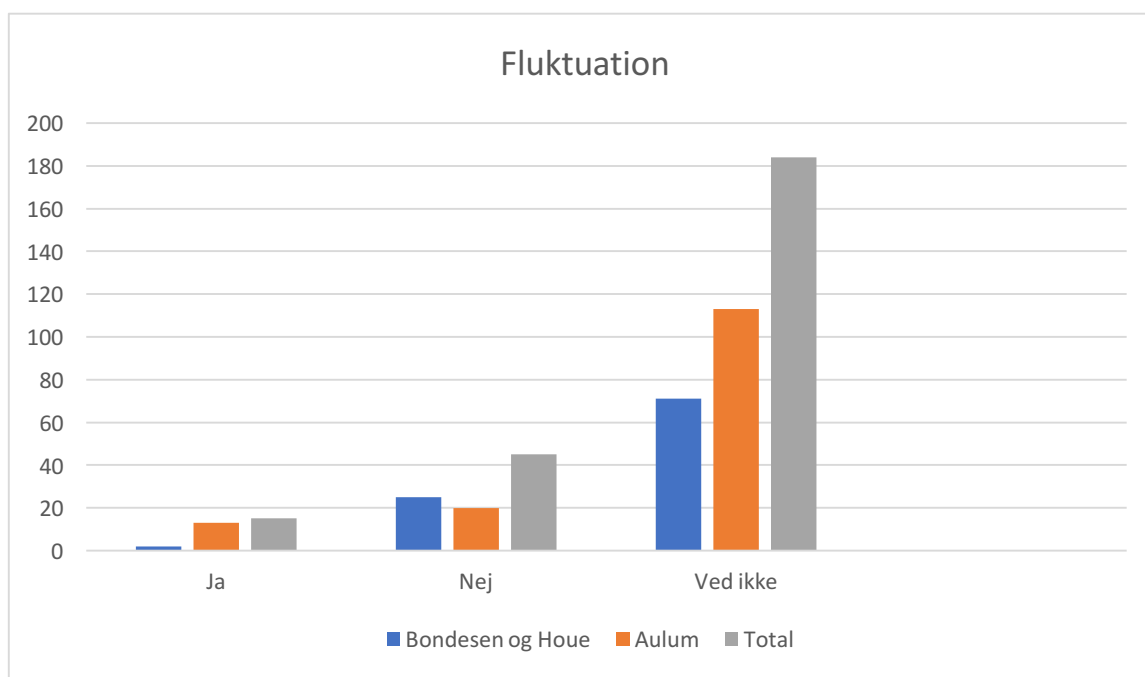
Vores data fordelte sig i de 5 grupper på følgende måde:

- **Incision:**  
Bondesen og Houe 10 ptt. Aulum 30 ptt. Total 40 ptt, svarende til 16 %.
- **Incision og samtidig ordineret antibiotika:**  
Bondesen og Houe 22 ptt. Aulum 16 ptt. Total 38 ptt, svarende til 15 %.
- **Antibiotika:**  
Bondesen og Houe 55 ptt. Aulum 92 ptt. Total 147 ptt, svarende til 59 %.
- **Antibiotika og efterfølgende planlagt incision:**  
Bondesen og Houe 0 pt. Aulum 4 ptt. Total 4 ptt, svarende til 2 %.
- **Se an:**  
Bondesen og Houe 11 ptt. Aulum 8 ptt. Total 19 ptt, svarende til 8 %.

Den største gruppe af patienter behandles i begge praksis med antibiotika alene.

I Aulum fik flere foretaget incision alene, hvorimod der var flere hos Bondesen og Houe som fik foretaget incision og samtidig ordineret antibiotika.

I Lægehuset Aulum var der 4 patienter, som fik antibiotika ved den primære henvendelse og patienterne fik i samme konsultation en ny tid til incision efter nogle dage.



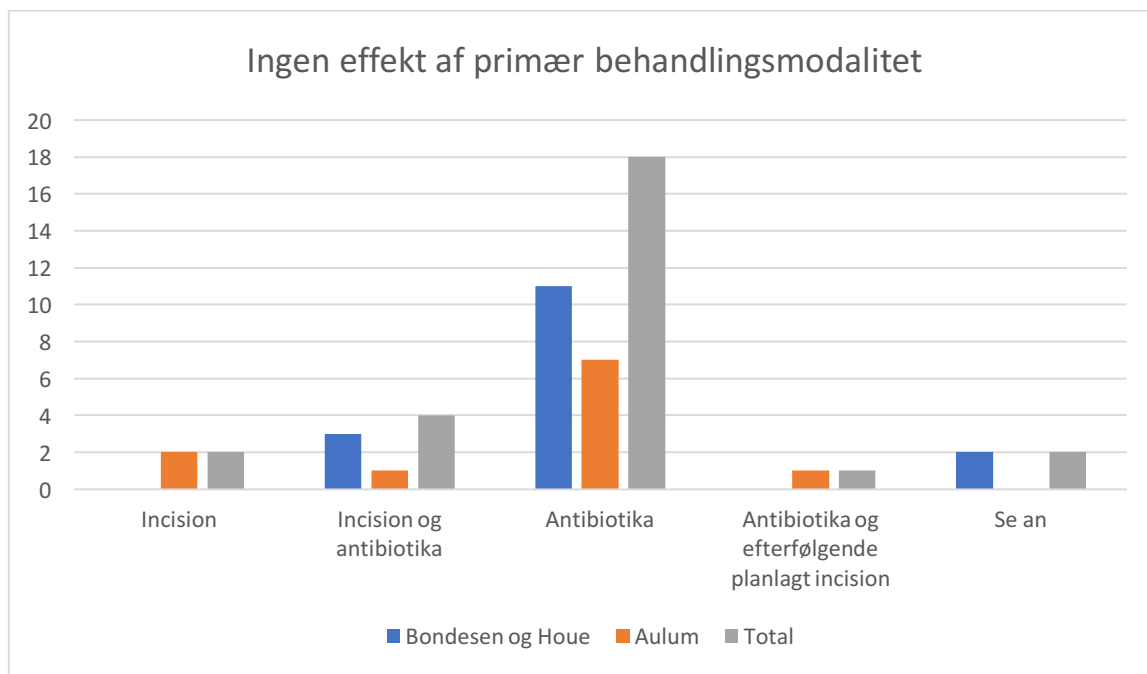
Fluktuation, er et fænomen, som vi bruger til at beskrive den modne absces, som er klar til incision.

Fra Bondesen og Houe er 2 beskrevet med fluktuation, 1 blev incideret og 1 incideret og fik samtidig ordineret antibiotika. Fra Aulum er 13 beskrevet med fluktuation, 7 blev incideret, 4 incideret og fik samtidig ordineret antibiotika og 2 fik kun antibiotika. Totalt er 15 ptt beskrevet med fluktuation.

Der var ”ingen fluktuation” hos 25 forløb hos Bondesen og Houe, heraf blev 1 incideret, 7 blev incideret og fik samtidig ordineret antibiotika, 13 fik antibiotika og 4 blev ”set an”. Hos Aulum var der 22 uden fluktuation, 1 blev incideret, 2 fik ordineret antibiotika og fik efterfølgende foretaget planlagt incision og 19 fik antibiotika. Totalt blev 47 beskrevet uden fluktuation.

Hovedparten er i ”ved ikke” gruppen, hvor der ikke er oplysninger vedrørende fluktuation eller modenhed i journalnotatet. Bondesen og Houe havde 71 ptt og Aulum 113 ptt. Totalt 184 ptt.

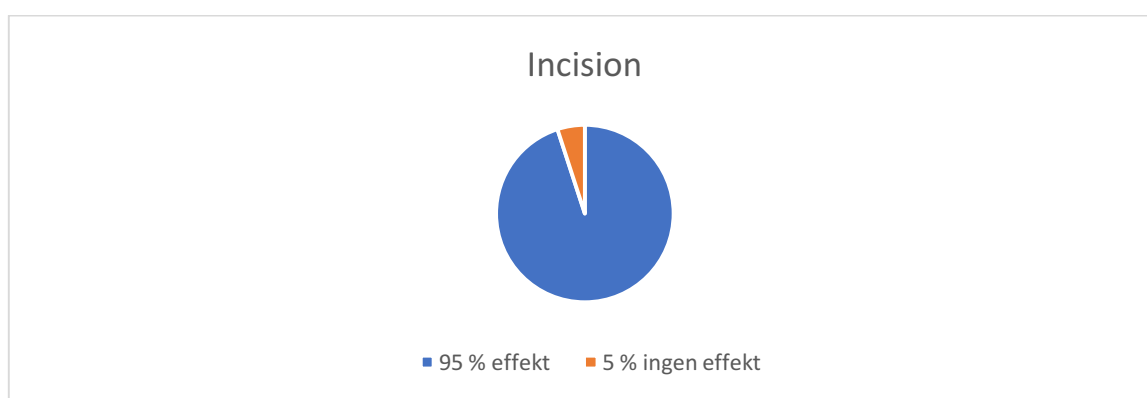
Ud fra vores data blev 87 % af de patienter, som blev beskrevet med fluktuation, incideret med eller uden antibiotika. Men trods fravær af fluktuation valgte 23 % incision med eller uden antibiotika. Hovedparten uden fluktuation, svarende til 77 %, blev behandlet med antibiotika eller ”set an”.



Var der effekt af den valgte behandling? Der var generelt få med ”ingen effekt” af den primært valgte behandlingsmodalitet.

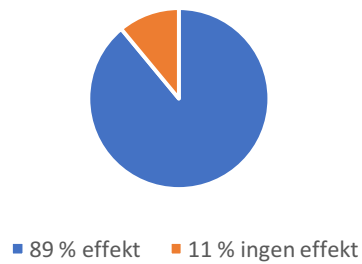
Fra Bondesen og Houe var der 16, som ikke havde effekt, heraf 3 incision og samtidig ordineret antibiotika, 11 antibiotika og 2 ”se an”. Fra Aulum var der 11, som ikke havde effekt, heraf 2 incision, 1 incision og samtidig ordineret antibiotika, 1 antibiotika og efterfølgende planlagt incision og 7 antibiotika. Totalt fordeler det sig med 2 incision, 4 incision og samtidig ordineret antibiotika, 1 antibiotika og efterfølgende planlagt incision, 18 antibiotika og 2 ”se an”.

Ser vi på behandlingseffekten, i procent for de 5 behandlingsmodaliteter, fordeler det sig på følgende måde:



Antallet af patienter i incisions gruppen, hvor også var beskrevet tilstedeværelse af fluktuation, var 8 ptt, hvilket svarer til 20 % af tilfældene.

### Incision og antibiotika



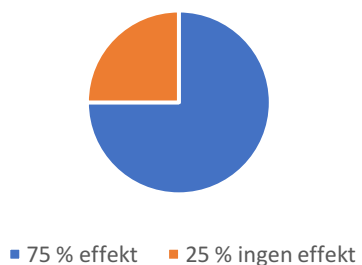
Antallet af patienter i incision og samtidig ordineret antibiotika, hvor der også var beskrevet tilstedeværelse af fluktuation, var 5 ptt, hvilket svarer til 13 % af tilfældene.

### Antibiotika

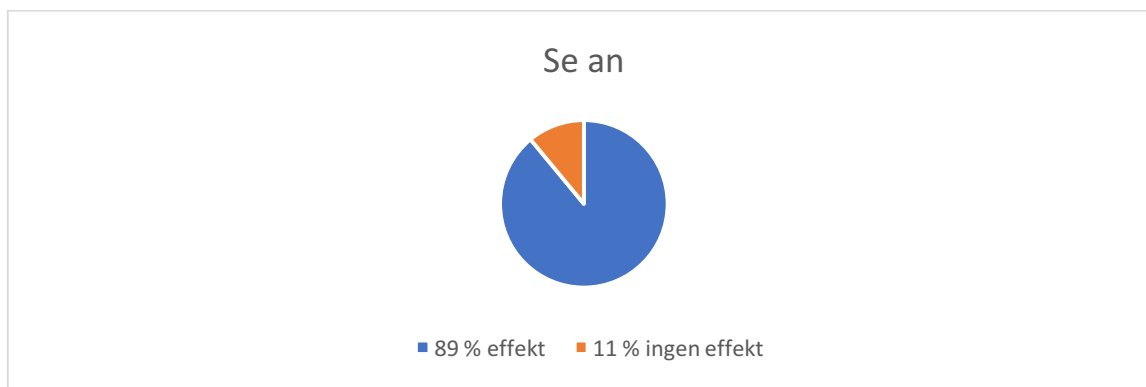


Antallet af patienter i antibiotika gruppen, hvor der også var beskrevet tilstedeværelse af fluktuation, var 2 ptt, hvilket svarer til 1,4 % af tilfældene.

### Antibiotika og efterfølgende planlagt incision



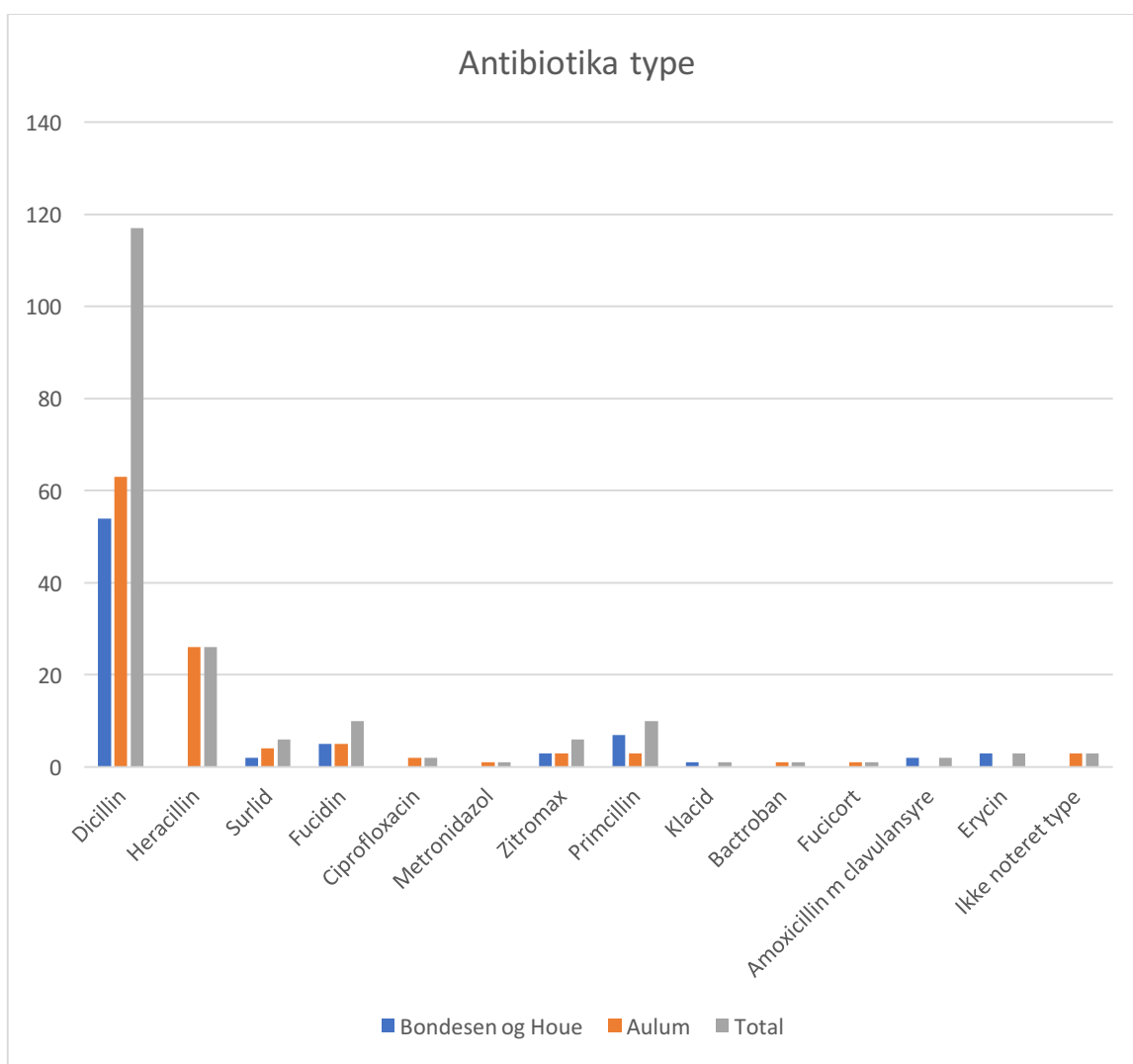
Antallet af patienter, hvor der også var beskrevet tilstedeværelse af fluktuation, i gruppen som fik antibiotika og efterfølgende kom til planlagt incision, var 0, hvilket svarer til 0 % af tilfældene.



Antallet af patienter i ”se an” gruppen, hvor der også var beskrevet tilstedeværelse af fluktuation var 0, hvilket svarer til 0 % af tilfældene.

Ud fra vores data er der størst effekt i incisions gruppen og mindst effekt ved antibiotika og efterfølgende planlagt incision. De øvrige behandlingsmodaliteter synes næsten ligeværdige.

I antibiotika gruppen, som er den største gruppe, 147 patienter, ser vi at 88 % har effekt af behandlingen.



Hvilken antibiotika er det så, vi vælger at give i behandlingen af abscesser i huden? Vi noterede ved alle der fik antibiotika, hvilken type der blev givet. Resultaterne viste, at vi primært vælger et penicillinase stabilt penicillin som dicillin eller heracillin, sidstnævnte dog kun brugt i Aulum.

Dette foreneligt med patogenesen om, at det ofte er stafylokokker som er årsag til abscesdannelse<sup>1</sup>. Vi har dog valgt ikke at gå yderligere ind i valg af antibiotika, da det ikke var nødvendigt, for at besvare vores forskningsspørgsmål.

## Diskussion.

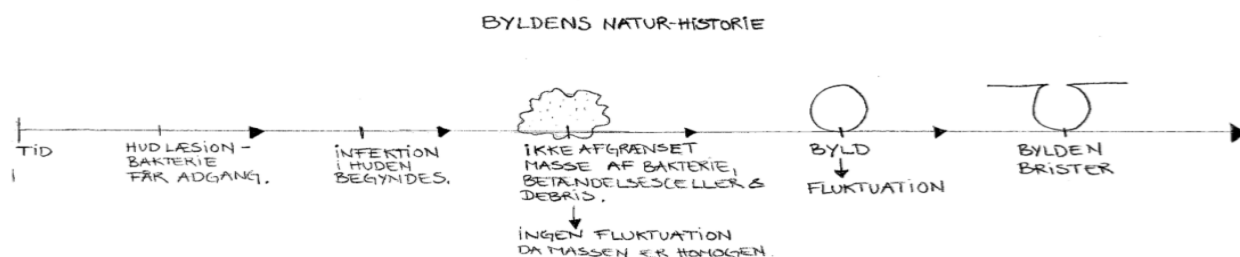
### Diskussion af resultater.

Vores undersøgelser har vist, at 59 % af patienterne, altså klart den største gruppe, blev behandlet med antibiotika og 88 % af disse med god effekt. Dette må man sige er overraskende og i strid med de retningsgivende guidelines. Det er dog helt i tråd med vores fornemmelser, inden vi påbegyndte undersøgelserne. Ud fra disse resultater kan man være tilbøjelig til at besvare vores forskningsspørgsmål: At mange abscesser i almen praksis behandles med antibiotika og dette med god effekt.

Ser vi dog på andelen af abscesser, hvor lægen har beskrevet fluktuation, er denne yderst lille. Dette blev vi meget overraskede over i vores dataindsamlingsproces. I gruppen af patienter behandlet med antibiotika alene, er der kun beskrevet tilstedeværelse af fluktuation i journalnotater fra 2 patienter fra Aulum svarende til 1,4 % af tilfældene. Hos begge patienter er der beskrevet effekt af behandlingen. Vi mener dog, at 2 patienter er for få, til at man kan konkludere, at antibiotika er en god og effektiv behandling.

En absces kan først diagnosticeres, som værende en absces, når der er fluktuation, så måske er vi slet ikke skarpe nok, i vores diagnostik af en absces. Måske har det slet ikke været abscesser lægerne har behandlet på? Måske finder vi så god effekt af antibiotika, fordi der i virkeligheden behandles på en infektion i huden, før denne er blevet til en regelret absces.

Ser vi på abscessens naturhistorie, opstår der først en hudlæsion, hvortil bakterier får adgang. Herved kommer der infektion i huden, og i starten er der en ikke-afgrænset masse af bakterier, betændelsesceller og debris. Massen er homogen, hvorfor der ikke er fluktuation. Når pus samles i et hulrum, vil der opstå fluktuation, og der er nu tale om en byld. Det er denne skelnen mellem stadier eller definitioner, som vi vurderer, er blevet for upræcis.



I data fra Lægehuset Aulum så vi på, hvorledes de *enkelte* læger behandlede abscesser. Det undrede os, at der dels var meget stor forskel på valg af behandlingsmodalitet, samt stor forskel på det antal af patienter, lægerne så, med ”absces i huden”. En læge på 59 år så i alt 17 patienter med abscesser, hvoraf han inciderede 14 ud af de 30 patienter i incisionsgruppen. Han gav kun antibiotika til 1 ud af de 92 patienter i antibiotikagruppen. De tre øvrige faste læger med en alder mellem 39 og 46 år så i alt 72 patienter med abscesser. Heraf inciderede de 3 patienter og gav 63 patienter antibiotika. Der *må* altså være forskel på, hvorledes lægerne diagnosticerer en absces, og på hvorledes de diagnosekoder patienterne. Den 59årige læge har formentlig behandlet mange hudinfektioner med antibiotika, men kodet dem anderledes, fx med diagnosekoden S76 (infektion i hud IKA).

Der kan være tale om, at valg af behandlingsmodalitet er læge- eller kulturbestemt i den enkelte praksis. At man behandler fænomener på forskellig vis, på baggrund af personlige erfaringer eller uddannelse. Yngre læger har ikke så bred en speciallægeuddannelse i dag og finder sig måske mindre tryk ved småkirurgi.

Denne behandlerafhængige variation kunne ikke genfindes hos Bondesen og Houe, hvor valg af behandlingsmodalitet var mere ensartet fordelt mellem yngre og ældre læger.

Vores undersøgelser viser også, at kun en mindre gruppe af de patienter, vi har set på, behandles med incision alene. I 95 % af tilfældene er der rigtig god effekt af denne behandling, hvorfor det giver mening, at vores behandlingsguidelines er, som de er. Vores undersøgelser viser desuden, at der beskrives tilstedeværelse af fluktuation i 20 % af tilfældene. Altså hos en langt større andel end i antibiotikagruppen. Dette får os til at overveje, om der i langt højere grad er tale om, at man har behandlet på regelrette ”ægte” abscesser i denne gruppe, end det måske var tilfældet i antibiotikagruppen.

Vi fandt det interessant at se på et økonomisk aspekt i denne behandlingsmodalitet, da incision i nogle tilfælde medfører adskillige kontakter med henblik på sårpleje. Vi indsamlede data på patienterne som var blevet incideret i Lægehuset Aulum, og de havde i gennemsnit 5,4 kontakter.

Denne tendens så vi ikke hos Bondesen og Houe, som i gennemsnit havde 1,7 kontakter. Det kunne være et interessant fremtidigt forskningsprojekt for vores kolleger, at undersøge, hvor hyppigt en patient, der har fået incideret en absces, skal kontrolleres. Mange sårkontroller kan være en økonomisk belastning for samfundet og en tidsmæssig belastning for både patienten og lægehuset.

En anden mindre gruppe patienter fik både foretaget incision og fik antibiotika. Man må i de enkelte tilfælde have vurderet, at der var tegn på infektion i det omgivende væv, så antibiotisk behandling også var nødvendig. Begrundelsen er ikke nærmere journalført, så præcis hvorfor denne behandlingsmodalitet er valgt vides ikke med sikkerhed.

En lille gruppe bestående af 4 patienter, fik antibiotika ved den første lægekontakt, da der ikke var tilstedeværelse af fluktuation og fik en ny tid med henblik på incision. Denne behandlingsmodalitet ser ikke umiddelbart ud til at have en særlig god effekt og tages kun i brug i meget få tilfælde. Vi har ikke kunnet finde litteratur som foreslår denne måde at behandle abscesser på.

Hvis vi ser på hele gruppen af patienter, som har fået foretaget incision, med eller uden antibiotika svarer det til 82 patienter (incision 40 ptt, incision og samtidig ordineret antibiotika 38 ptt og

antibiotika og efterfølgende planlagt incision 4 ptt). Heraf blev der kun i 16% af tilfældene beskrevet tilstedeværelse af fluktuation.

Hvis vi vender data lidt på hovedet og ser på andelen af patienter, som blev beskrevet med fluktuation og som fik foretaget incision med eller uden antibiotika, svarer det til 87 %. Trods fravær af fluktuation valgte 23 % incision med eller uden antibiotika. Hovedparten uden fluktuation, svarende til 77 %, blev behandlet med antibiotika eller blev ”set an”. Dermed lader vi os trods alt vejlede af fænomenet fluktuation i valget af behandlingsmodalitet. Flest med fluktuation blev incideret med eller uden antibiotika.

Ovenstående giver en begrundet formodning om, at vores journalføring er for sparsom, da vi kan se, at der incideres langt flere abscesser end der beskrives med tilstedeværelse af fluktuation.

## **Diskussion af metode.**

En styrke ved vores undersøgelse er helt klart den store mængde af data, vi har indsamlet. Det har medført, at vi kan se klare tendenser i måden, hvorpå man behandler subkutane abscesser i almen praksis. Det er ligeledes en styrke, at vi har valgt at indsamle data fra to *forskellige* praksis, da valg af behandlingsmodalitet måske kan være læge- eller kulturbestemt i den enkelte praksis.

Det har desuden været en fordel, at de to praksis anvender det samme computersystem, da patientsøgningen har kunnet foregå på præcis den samme måde.

Undersøgelsens svagheder er dels, at vi er to personer, som har indsamlet og bearbejdet data hver for sig, hvilket kan give interindividuel variation. Derudover har vi arbejdet med andre lægers journaldata retrospektivt. Vi har forsøgt at bearbejde data så objektivt og skematisk som muligt, men vi kan ikke afvise, at der enkelte steder opstår misforståelser eller fortolkninger.

I dataindsamlingsprocessen antog vi, at der ikke var fluktuation, når der i journalnotaterne blev skrevet ”ikke moden til incision”. Vi ved reelt set ikke, om denne antagelse er rigtig, og om den enkelte læge har forholdt sig til, om der var fluktuation eller ej.

Vi valgte, at medtage ateromer og inficerede ateromer, når disse havde fået diagnosekoden S10, byld i huden. Man kan overveje, om dette er en selektionsbias, da man måske i mange tilfælde vil vælge at incidere et aterom. Hvis vi går tilbage og ser på data, finder vi 31 forløb med ateromer. Heraf blev 12 incideret, 10 blev incideret og fik samtidig ordineret antibiotika. Kun 9 fik udelukkende antibiotika og ingen blev set an. Det skævvrider altså vores resultater, men tendensen er fortsat den samme: At en rigtig stor del (138 patienter) behandles primært med antibiotika. Endnu færre behandles med incision (28 patienter) og incision og samtidig antibiotika (28 patienter).

Der kan desuden være bias i de tilfælde, hvor patienterne har haft recidiverende abscesser, da lægen måske kan have tendens til ”at behandle patienten som sidste gang”.

Vi har undersøgt data fra patienter i to vestjyske praksis, som er meget sammenlignelige. Det er muligt, at valg af behandlingsmodalitet, antallet af henvendelser pga. abscesser eller antallet af videre henviste til fx speciallæger ville være anderledes, hvis man så på patientforløb i en bypraksis i København.

## Konklusion.

Vores resultater har vist, at der er rigtig god effekt af at incidere abscesser, som guidelines på området foreskriver. Derudover har vores undersøgelser rejst mistanke om, at vi måske slet ikke er gode nok til at diagnosticere en absces i praksis. Tilstedeværelsen af fluktuation beskrives oftest ikke, men tilstanden får alligevel diagnosekoden S10 byld i huden. Der ligger en stor opgave i, at få beskrevet de forskellige hudfænomener ordentligt.

Rigtig mange patienter behandles med god effekt med antibiotika, men det tyder på, at denne behandling er god, hvis den gives til behandling af en hudinfektion, inden den har samlet sig til en absces.

Så er der effekt af antibiotika i behandlingen af abscesser? Vi kan ikke besvare dette spørgsmål på baggrund af vores studie, da vi har en begrundet formodning om, at der i mange tilfælde er stillet en fejlagtig diagnose. Der ligger en stor opgave i, at få beskrevet hudfænomenerne ordentligt, for at man kan vurdere på, om antibiotika har en plads i behandlingen af abscesser. Det tyder dog i høj grad på, at ”kommer man abscessen i forkøbet”, får man behandlet hudinfektionen, inden den bliver til en moden absces, så har antibiotika en rigtig god effekt.

## Perspektivering.

Hvad får resultaterne af betydning i vores dagligdag i praksis?

- Vi bør lave bedre og mere præcis journalføring, hvor bl.a. fluktuation bør indgå.
- Vi skal anvende mere præcise diagnosekoder.
- Incision er en god behandling af modne abscesser.
- Vi kan tillade os at anvende antibiotika i behandlingen af ”umodne abscesser”. Pudsigt nok, anfægtede vi indledningsvis, at Medibox kom med denne anbefaling, da de henviste til kilder, hvori dette ikke kunne genfindes. Det ser dog ud til, at vores resultater understøtter dette.

Såfremt man er skarp på diagnosen ”byld i huden”, kunne man overveje, om man skulle undersøge, om *modne abscesser* kan behandles med antibiotika med god effekt, da dette både for patient og praksis ville være tidsmæssigt fordelagtigt og til mindre gene for patienten end incision og sårpleje. Da selve abscesshulen er uden blodcirkulation, giver det dog ikke rigtig mening, at antibiotika ville have en effekt, så måske *er* incision faktisk ”the golden standard” som vores behandlingsguidelines foreskriver det.

## Litteraturliste.

1. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hud/tilstande-og-sygdomme/pustuloese-tilstande/abscesser-i-huden/>
2. [http://www.medibox.dk/doc?doc\\_id=39241](http://www.medibox.dk/doc?doc_id=39241)
3. <http://ugeskriftet.dk/videnskab/behandling-af-subkutane-abscesser>
4. <http://dsoi.ortopaedi.dk/wp-content/uploads/2016/11/KKR-subkutane-abscesser-DSOI-2016.pdf>